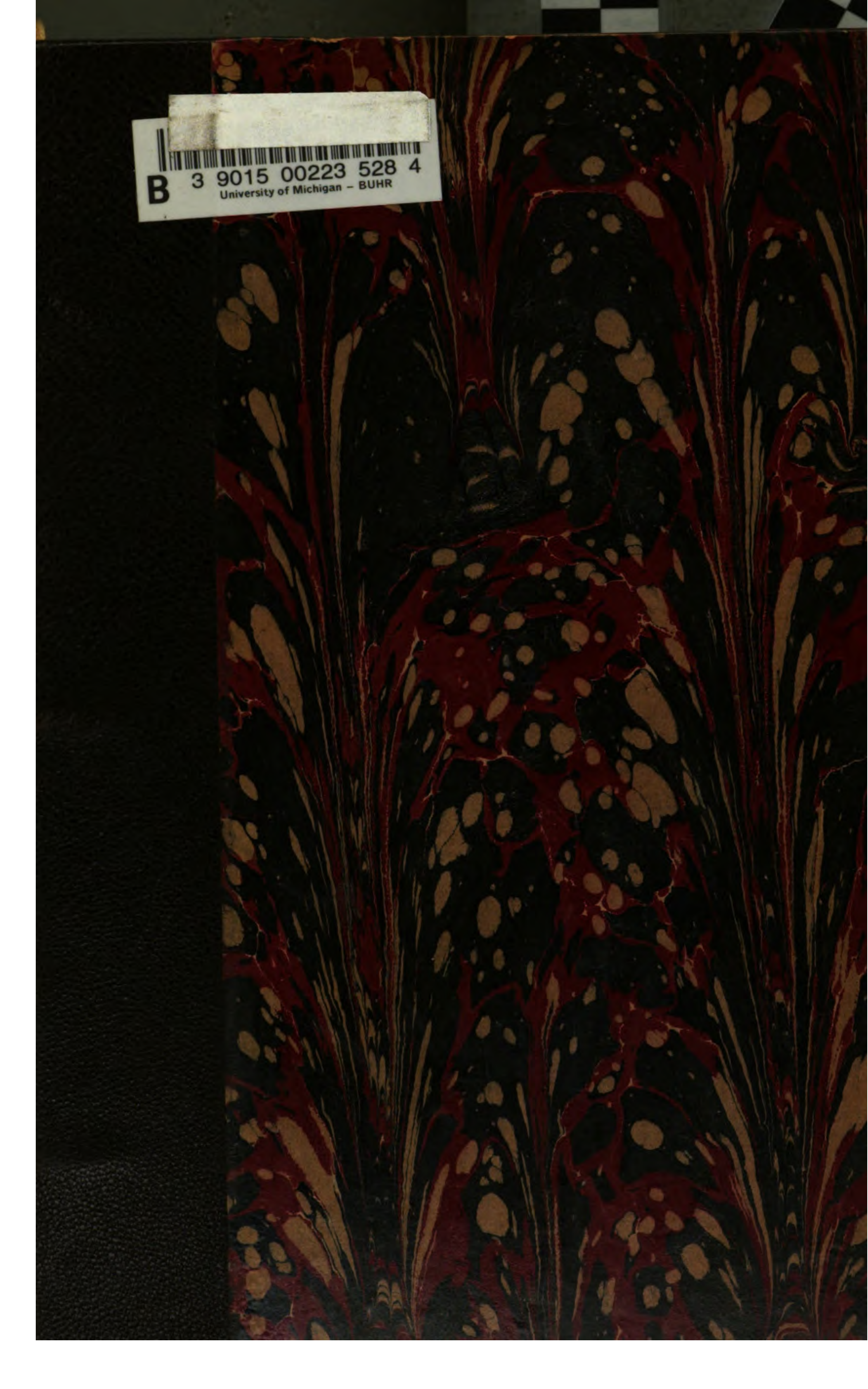
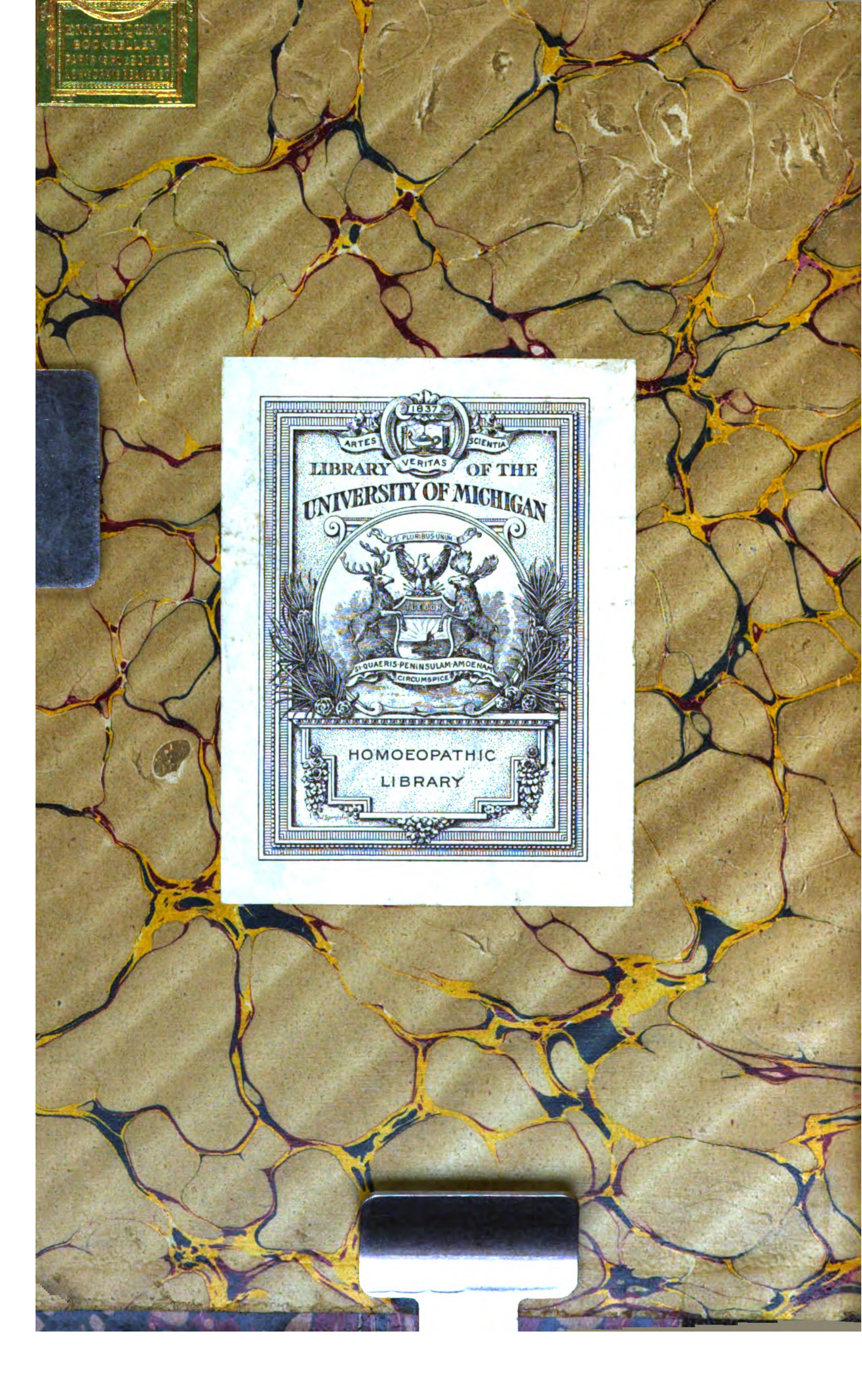


B 3 9015 00223 528 4
University of Michigan – BUHR


BOOKSELLER
1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
HOMOEOPATHIC
LIBRARY

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE
ANATOMIE
PHYSIOLOGIE
HYGIÈNE

NOSOGRAPHIE
ÉTIOLOGIE
SÉMÉIOTIQUE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-QUATRIÈME ANNÉE
TOME LXXXVI

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1898

L'ART MÉDICAL

JANVIER 1898

DE LA CONFRATERNITÉ EN MÉDECINE

Ce n'est un mystère pour personne que la médecine subit une crise qui ne fait que s'accentuer. De tous les côtés on n'entend qu'appels à l'union, aux syndicats professionnels, aux sociétés de Secours Mutuels. Bref, chacun sentant combien l'isolement est redoutable cherche à se réunir à ses confrères, estimant à juste raison qu'il est plus difficile de briser un faisceau de branches qu'une tige solitaire.

Je ne veux pas rechercher si ces syndicats, ces unions coopératives, ces sociétés de Secours Mutuels, répondent bien à l'idéal de ce qu'était autrefois notre profession, et de ce qu'elle n'aurait jamais dû cesser d'être. La médecine n'est point un commerce, c'est ce qu'oublient trop les confrères d'ailleurs fort honorables qui poursuivent avec ardeur la réalisation de leurs vœux. Sans doute, il serait désirable que l'homme qui, la plupart du temps, a consacré sa vie avec désintéressement, humanité, courage, à soulager les maux physiques, et bien souvent les misères morales de ses semblables, eût sa vieillesse assurée contre le besoin et sa famille à l'abri de la pauvreté et de la déchéance sociale qu'elle entraîne. Si le prêtre célibataire vit de l'autel, le médecin marié et père de famille doit vivre de sa profession, et ses honoraires ne signifient pas salaire, comme trop de gens sem-

blent le croire, mais honneur témoigné à celui qui vous a rendu le plus précieux des biens terrestres, la santé, souvent au péril de sa vie, risquant les contagions, les fatigues nocturnes, les intempéries des saisons, pour répondre à quelque appel suppliant, hâtif et rarement reconnaissant.

Je ne saurais donc blâmer les associations qui ont pour but l'amélioration matérielle du sort des médecins, mais je crois qu'elles ne sont pas suffisantes pour relever le niveau moral de la profession.

Or c'est par le respect qu'elle saura inspirer et la haute dignité professionnelle de ses membres que la médecine se relèvera de l'état d'abaissement où elle s'enfonce depuis de longues années.

Pour cela il faudrait que les médecins cessâssent de se décrier les uns les autres, et qu'ils reconnussent que la vérité absolue n'existe pas dans une science qui est encore en perpétuel enfantement.

Les théories physiologiques, les problèmes pathologiques, les méthodes thérapeutiques ont changé plus de dix fois depuis moins de cent ans ; pourquoi dès lors ne pas admettre qu'elles se modifieront encore sous l'influence des progrès scientifiques, et par conséquent anathématiser ceux qui peuvent comprendre d'une façon différente la manière de soigner une maladie ? La médecine est un art, c'est l'art de guérir. Tout art a des procédés multiples, des écoles différentes, qui, toutes, par des voies diverses, marchent vers un but unique la recherche de la beauté, de la variété, de l'harmonie.

L'art du peintre, de l'architecte, du musicien tend au beau, au vrai, par des méthodes et des procédés différents suivant les écoles et les individus. Chaque médecin

soigne ses malades suivant son inspiration, ses connaissances scientifiques et son expérience. On apprend au peintre le dessin, la science et l'harmonie des couleurs, la perspective ; on ne lui apprend pas à faire un beau tableau. Au musicien on apprend la science de l'harmonie des sons, du rythme, de la composition. Au médecin on enseigne l'anatomie, la pathologie, la matière médicale. Mais pour être un vrai peintre, un musicien consommé un médecin sagace, ces enseignements ne suffisent pas.

Il faut cette flamme intérieure qui consacre le véritable artiste, et sans laquelle on n'est jamais qu'un artisan routinier et terre à terre, je veux dire l'inspiration. Or cette dernière est un don tout personnel qui ne peut être soumis à des règles fixes, et par conséquent elle ne pourra pas être toujours identique dans ses moyens, son but restant pourtant le même, arriver à bien faire par la recherche et l'application du vrai. Ces idées, auxquelles mon esprit s'est arrêté depuis bien longtemps, je les retrouve exprimées dans le *The homœopathic World* du 1er décembre, et je ne saurais mieux faire que d'en donner la traduction à nos lecteurs. Ils verront que si l'union et la concorde ne régnent pas encore dans le monde médical, la faute n'en est à pas ceux dont le seul crime est de considérer Hahnemann comme un des génies bienfaisants de l'humanité. D'ailleurs si de vieux préjugés n'obscurcissaient pas l'intelligence de nos confrères allopathes, lorsqu'il est question de notre doctrine, ils reconnaîtraient tous que les progrès merveilleux de la thérapeutique contemporaine, ne sont qu'une application *intégrale* des principes formulés il y a cent ans par notre Maître. Qu'est-ce que la vaccination préventive de la rage, la guérison de la diphtérie, celle des morsures des

serpents venimeux, si ce n'est une application adéquate de la loi de similitude et de l'atténuation qui est son corollaire indispensable? Mais passons; je ne veux pas revenir sur une question que j'ai tant de fois traitée, et sur laquelle je ne cesserai de revenir en temps opportun.

Voici la traduction du journal anglais :

UN APPEL A LA SOLIDARITÉ

Nous pensons qu'il y a peu de gens qui ne reconnaissent que si tous les homœopathes voulaient s'entendre pour se serrer en une phalange compacte l'aspect de la thérapeutique générale changerait en un temps fort court. Telle qu'elle est, la puissance réformatrice de l'homœopathie comme facteur de vérité scientifique est considérablement diminuée par cette raison qu'elle doit se manifester au moyen d'un grand nombre d'individualités isolées. Nous ne croyons pas que ce procédé de vulgarisation mérite d'être considéré comme étant utile à notre cause.

Nous ne voulons en rien blâmer les différents schismes ou hérésies, considérant que c'est la vraie voie du progrès et la marche vers un développement plus parfait. Sans division, pas de progrès. Le premier changement visible qui se produit dans un œuf après la fécondation est la division du noyau, et cette division se répète indéfiniment jusqu'à ce qu'enfin un nouvel organisme apparaisse, formé par ces éléments. Donc, bienvenues sont les divisions et les hérésies.

Les maux qui généralement accompagnent le développement de la société humaine : l'envie, la haine, la malice et tous ces manques de charité n'ont rien à faire avec l'ordre divin qui préside à la marche du monde...

L'*Homœopathic World* est probablement beaucoup plus répandu dans le monde entier que tout autre journal dévoué à la même cause. Ses traditions et ses sentiments ont toujours été cosmopolites comme son nom. Sous notre direction, nous avons l'intention de maintenir cette tradition, et l'objet de cet article est d'indiquer que la liberté la plus complète pour chaque homœopathe individuellement est parfaitement compatible avec une combinaison telle qu'elle assure l'effet le plus grand possible au progrès de la thérapeutique en général. En un mot, que chaque praticien homœopathe emploie les remèdes et les doses qui lui donnent les meilleurs résultats, et qu'il proclame aussi

hautement que possible la loi thérapeutique qui l'éclaire et qui est la cause première de ses succès.

D'autre part, il faut qu'aucun praticien ne prétende que d'autres ne puissent obtenir de bons résultats par une méthode différente de la sienne.

Il est ridicule d'espérer que des personnes, même en petit nombre, puissent cultiver un art quelconque d'une façon absolument identique. Mais il n'est pas exagéré de demander que des êtres raisonnables s'abstiennent de se décrier les uns les autres, uniquement parce que leurs confrères ne viennent pas à bout de soigner les malades d'une manière toujours semblable à la leur et suivant leurs habitudes. C'est une attitude de critique négative qui s'oppose au progrès. C'est refuser aux autres le droit que nous réclamons pour nous-mêmes, refus qui mène à toutes les injustices et qui fait qu'on finit par confondre les discussions nécessaires au progrès et les critiques injustes qui l'entravent. Nous ne plaidons pas en faveur d'une tolérance indolente, d'un *laisser faire* indifférent ; nous demandons un vigoureux et sain effort d'esprit pour reconnaître à travers la différence de nos sentiments personnels le bien qui existe dans ceux dont la pratique est différente de la nôtre.

Chose curieuse, ce sont les différences minimes et superficielles qui donnent lieu aux discussions les plus amères et les plus véhémentes. Nous avons connu des homœopathes qui s'entendaient mieux avec des allopathes qu'avec des membres de leur propre école, ayant des vues un peu différentes des leurs, sur des questions d'une importance très secondaire. *Nous ne faisons aucune objection à la fraternité entre homœopathes et allopathes* ; au contraire, nous l'approuvons de tout cœur. *La thérapeutique est plus grande que l'homœopathie* et nous regretterions de penser qu'il n'y a pas de bons remèdes en dehors des médicaments homœopathiques, et nous pensons que les allopathes font du mieux qu'ils peuvent avec les moyens dont on leur a appris à se servir. Ce que nous blâmons, c'est l'attitude négative de certains médecins qui, sans examen et sans critique sérieuse, blâment ce qui n'est pas conforme à leur manière de voir. Quand ils refusent toute valeur à la pratique homœopathique, nous nous sentons appelés à réfuter la calomnie quand elle semble en valoir la peine, et lorsque le corps des allopathes refuse aux homœopathes le droit de pratiquer la méthode dans laquelle ils ont foi, nous devons faire tout notre possible pour assurer ce droit. En même temps, nous devons leur accorder la même liberté que nous demandons pour nous-mêmes. Seulement, il y a une

grande différence entre la situation de l'Ecole homœopathique et celle de l'ancienne Ecole.

Nous ne pouvons approuver qu'on nous refuse le droit à l'existence, pas plus que nous ne saurions le refuser à l'Ecole allopathique si nous étions les plus nombreux et les plus puissants. Ce n'est pas la pratique allopathique que nous voulons combattre, quoique nous pensions qu'elle a besoin de réformes, mais l'accaparement par les autorités officielles du droit exclusif des mots *scientifiques et rationnels* en thérapeutique et l'attitude qu'ils en tirent vis-à-vis de nous, nous traitant de *supérieurs* à *inférieurs*.

Dans le même ordre d'idées, nous ne voulons exclure ni blâmer aucune des différentes écoles homœopathiques. Nous avons vu dans chaque clan des résultats admirables, et c'est à chaque praticien de juger quelles sont les doses dont il pourra se servir le plus avantageusement. Dans ces questions personne n'a tort ou raison, mais chacun fait du mieux qu'il peut. Ce que nous combattons et voulons supprimer c'est la négation chez les uns, partisans des basses atténuations, du droit et à l'existence et des succès des infinitésimalistes et réciproquement.

Nous ne sommes pas partisans de l'abus des personnalités. L'homœopathie est plus grande qu'Hahnemann, comme la vérité est plus grande que l'individu qui l'a entrevue le premier. C'est un sujet de peu d'intérêt pour nous de rechercher si telle substance donnée dans la pratique homœopathique est absolument d'accord ou non avec l'*Organon*, mais il est d'un grand intérêt de savoir comment ces résultats ont été obtenus. Un homœopathe n'a pas le droit de condamner la pratique de son confrère parce qu'elle n'est pas *hahnemannienne* pas plus que l'autre n'a le droit de condamner la pratique du premier parce qu'elle n'est pas ce qu'il considère comme « scientifique ». Nous n'affirmons pas avoir une méthode mathématique d'amener à la solidarité que nous demandons, mais c'est une manière de la développer qui nous paraît pratique.

La solidarité homœopathique se développera quand chacun pourra voir ses propres travaux et ceux des autres figurer ensemble dans leurs rapports réels et dégagés de toute partialité.

Pour notre part nous avons un recueil des noms et adresses du monde entier, les Etats-Unis exceptés. Cet annuaire que nous sommes heureux de voir s'accroître chaque année en exactitude, grâce aux renseignements que nous recevons de partout, offre un terrain de conciliation et de rencontre dans lequel les homœopathes de tous les partis

pourront savoir où trouver les confrères qui partagent leur opinion. Croyant que c'est un des meilleurs moyens de solidarité l'*Homœopathic World* continue de donner à cet annuaire tout le développement qu'il lui sera possible. C'est déjà un résultat que les individualités sachent où se trouver les unes les autres. . . . .
. . . .
. . . .

Le journal anglais convie les homœopathes du monde entier à lui adresser leur nom, leur adresse, et à lui envoyer des travaux qu'il publiera volontiers depuis les simples, modestes et utiles observations du praticien, jusqu'aux travaux scientifiques les plus documentés de nos Maîtres. Ce que je voulais surtout faire ressortir c'est l'esprit de tolérance, de fraternité, de justice, émanant d'un organe qui, ne l'oublions pas, s'adresse à *dix mille médecins homœopathes* de langue anglaise. Dans notre pays, où les homœopathes ne se comptent hélas que par quelques centaines, nous accueillons avec la plus grande sympathie l'appel de notre grand confrère et, pour notre part, malgré l'hostilité des uns, l'indifférence des autres, nous poursuivrons sans découragement et sans arrêt l'appel à la concorde et à l'union des homœopathes entre eux, et des homœopathes avec leurs frères aînés de l'Ecole allopathique. Un jour viendra d'ailleurs, et ce jour n'est peut-être pas loin, où notre doctrine sera acceptée par tous comme elle aurait dû l'être depuis longtemps, et ce jour-là, nous serons très heureux d'abandonner notre nom de guerre, pour rentrer définitivement et sans épithète dans la corporation médicale, pour la défendre et la faire honorer et respecter comme elle doit l'être.

D[r] J.-P. TESSIER.

ECOLE FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE

EXPOSITION DE L'HOMŒOPATHIE

2e *Conférence*

MATIÈRE MÉDICALE EXPÉRIMENTALE ET DOSES INFINITÉSIMALES.

Messieurs,

Hahnemann appelle la matière médicale qu'il a créée *matière médicale pure;* nous, nous l'appelons *matière médicale expérimentale.* Pourquoi matière médicale pure, parce qu'elle est constituée par les symptômes et les lésions produits par un médicament sur un organisme sain, et que ces symptômes et ces lésions ne sont ni modifiés, ni voilés par les symptômes de la maladie, comme il arrive quand on veut constituer une matière médicale avec les renseignements tirés de l'usage des médicaments chez les malades.

La matière médicale de Hahnemann mérite encore le nom de *pure* parce qu'on a rejeté pour sa constitution toutes les hypothèses destinées à expliquer l'action des médicaments.

Aussi quoique depuis Hahnemann tous les thérapeutistes se soient empressés de suivre ce médecin dans sa réforme de la matière médicale, et quoiqu'ils ne manquent jamais d'inscrire en tête de chaque médicament les *effets physiologiques* de ce médicament, leur matière médicale est loin de présenter les caractères d'exactitude que nous retrouvons dans celle des homœopathes.

D'une part, quelques-uns, et parmi eux Gubler, prétendent que les effets produits par les médicaments sont les mêmes chez l'homme sain et chez l'homme malade ; opinion qui ne tient compte ni des troubles produits dans l'organisme par la maladie, ni de ce fait remarquable, et sur lequel nous reviendrons, que souvent l'action d'un médicament chez un malade est tout à fait contraire à son action sur l'homme en santé.

D'autre part, la généralité des thérapeutistes entendent par action physiologique l'explication de l'action d'un médicament par les lois de la physiologie. De là, des discussions et des contradictions sans fin. Celui-ci explique l'action de la digitale sur le cœur par le pneumogastrique ; pour un autre, ce sont les ganglions intracardiaques qui sont touchés ; un troisième enseigne que la digitale agit directement sur la fibre cardiaque ; d'autres physiologistes trouvent dans la modification des capillaires l'explication de l'action de la digitale. Si nous ajoutons que beaucoup de médecins combinent ces explications, nous verrons combien il est difficile de s'entendre sur le mode d'action du principal médicament cardiaque.

Mais ce n'est pas tout, les idées préconçues aidant, on fait dire à la physiologie ce qu'elle n'a jamais dit. Ainsi nous voyons M. François Frank, frappé de ce fait que l'asystolie est guérie par la digitale, et, n'ayant du reste aucune notion de la loi des semblables, conclure que la digitale est un *tonique* du cœur, et comme telle est sa conclusion, il le démontre.

Jusqu'à M. Frank, tous les thérapeutistes enseignaient que chez les animaux à sang froid empoisonnés par la digitale le cœur s'arrêtait en systole, et qu'au contraire, chez les animaux à sang chaud, il s'arrêtait en diastole ;

mais cela ne fait pas le compte de la théorie, M. Frank trouve ce résultat paradoxal et déclare que le cœur s'arrête en systole chez les animaux à sang chaud comme chez les animaux à sang froid empoisonnés par la digitale. Et il institue des expériences sur le chien pour démontrer son hypothèse.

Or que disent ses expériences? Si vous examinez les tracés pris chez les chiens empoisonnés avec la digitaline, vous constatez qu'ils ont d'abord une grande régularité et une grande ampleur ; puis qu'ils diminuent d'ampleur, deviennent irréguliers, se terminent en une ligne ondulée et qu'enfin (M. François Franck le constate lui-même) le cœur meurt en diastole. Ajoutons que ces expériences sont menées extrêmement rapidement puisqu'elles durent en tout quarante-sept minutes.

Je crois vous avoir rendu palpable les contradictions et les hésitations qui naissent de ces explications physiologiques. Combien la méthode homœopathique est plus nette, plus claire; elle est entièrement conduite par la méthode expérimentale, voyez plutôt! je prends un certain nombre de cas d'empoisonnement par la digitale; je constate dans tous ces cas les symptômes classiques de l'asystolie; en clinique, je rencontre des asystoliques et si la fibre cardiaque n'est pas trop atteinte je prescris la digitale et l'asystolie disparaît : *similia similibus curantur.*

La matière médicale expérimentale a trois sources : expérimentation sur l'homme sain, toxicologie et hygiène publique, expérimentation sur les animaux.

I. *Expérimentation sur l'homme sain.* — L'expérimentation des médicaments sur l'homme sain est certainement la source la plus importante de nos connaissances sur les médicaments.

C'est incontestablement à Hahnemann que revient l'honneur d'avoir institué d'une manière scientifique ce mode d'expérimentation, et il a relaté ses premiers travaux smr la matière médicale dans un opuscule intitulé : *Fragmenta de viribus medicamentorum positivis, sive en sano corpore humano observatis.* Dans cet opuscule, Hahnemann rapporte qu'il administrait en une seule fois une dose petite, mais pondérable, soit du suc épaissi de la plante, soit de la teinture, soit de la poudre de racine d'un seul médicament. Ces expériences étaient faites sur lui-même ou sur des personnes amies, en bonne santé. Les effets produits par cette dose unique étaient notés avec soin chaque jour jusqu'à ce que le sujet fut revenu à son état ordinaire. Alors on recommençait l'expérience quelquefois en variant la dose, car Hahnemann remarque avec « raison que les symptômes propres à une substance médicamenteuse quelconque ne se montrent pas tous chez la même personne, ni simultanément, ni dans le cours d'une même expérience » (Organon, p. 200). D'où le précepte de multiplier et de varier les observations chez un grand nombre de sujets.

Hahnemann remarque encore qu'il y a des organismes qui sont particulièrement impressionnables pour un certain nombre de médicaments qui semblent ne faire aucune impression sur beaucoup d'autres.

Il y a des organismes *réactifs*. Hahnemann ajoute encore que pour les substances dites héroïques, il faut choisir des doses peu élevées ; quand le médicament est moins énergique il faut donner des doses plus fortes.

Dans ses *Fragmenta*, Hahnemann s'est toujours servi de doses pondérables pour ses expériences, c'est beaucoup

plus tard et vers 1834, qu'il a recommandé de faire des expériences avec des globules de la 30e dilution.

L'histoire des médicaments contenus dans son traité « des maladies chroniques » contient beaucoup de symptômes obtenus avec des dilutions; et c'est à cette cause qu'il faut attribuer la multiplicité des symptômes rapportés à chaque médicament et une sorte d'incohérence qui en rend la lecture difficile. A notre avis, les symptômes obtenus avec les doses pondérables sont de beaucoup les plus certains et les plus utilisables pour la pratique.

II. *Toxicologie et hygiène publique.* — La toxicologie et l'hygiène publique nous fournissent les effets des médicaments à hautes doses ou longtemps continués. Ces symptômes trop dangereux pour qu'on puisse les provoquer habituellement chez l'homme sain sont la source de connaissance positive extrêmement importante sur l'action des médicaments. Il suffit de citer les exemples d'empoisonnement par la digitale, l'arsenic, le phosphore, les champignons vénéneux pour faire comprendre combien l'histoire de ces médicaments a gagné à l'étude des symptômes produits par les empoisonnements ; de même le saturnisme, la maladie des fabricants d'allumettes et des étameurs de glaces complètent l'histoire de l'action de certains médicaments donnés pendant longtemps. Du reste Hahnemann a utilisé avec raison cette source de connaissance positive et dans tous ses ouvrages de matière médicale depuis les *Fragmenta* on retrouve les effets toxiques des médicaments.

III. *Expériences sur les animaux.* — Cette source de connaissance de l'action des médicaments est lettre close pour Hahnemann, mais de nos jours où les travaux de

laboratoire ont pris un si grand développement, beaucoup de substances toxiques ont été étudiées sur les animaux. Ainsi, on a pu déterminer des néphrites parenchymateuses avec la cantharide, des pneumonies avec l'ipeca ou plutôt avec l'émétine principe actif de l'ipeca, des endocardites avec l'aconit, des pleurésies et des abcès phlegmoneux avec la bryone; les sérums d'animaux immunisés contre la diphtérie produisent des néphrites, des endocardites et des cardites; il en est de même de la lymphe de Koch, etc., etc.

Les études sur la matière médicale ont été poussées assez loin pour que dans l'une et l'autre école on soit arrivé à formuler des lois régissant l'action des médicaments.

1re LOI. *Une dose moyenne de médicaments administrée en une fois à un organisme sain produit successivement deux effets opposés.* Exemples : Si j'injecte sous la peau d'un lapin une dose moyenne d'aconit, les deux effets suivants se produisent!

La température s'abaisse : si elle était à 39° elle descend à 37°, puis quelques heures après, la température remonte, dépasse 39° et arrive à 40° ou 41°.

Mais voici les expériences empruntées à un médecin de votre école, le Dr Calvet (thèse de 1876, sur la morphine.)

Une dose de 5 centigrammes de morphine injectée à un chien détermine d'abord l'accélération du pouls et de la respiration, l'élévation de la température, l'augmentation de la force musculaire et de la quantité des urines; puis après un certain temps le pouls et la respiration deviennent rares, la température s'abaisse, l'anurie se produit. »

Il n'est que juste de reconnaître qu'Hahnemann avait parfaitement constaté les effets opposés alternativement produits par une même dose de médicaments. Voici ce qu'il écrit dans la préface des *Fragmenta* : « Tout médicament produit des effets qui se manifestent les uns plus tôt, les autres plus tard. Ces deux séries de phénomènes sont en tous *points opposés*. J'appelle les uns primitifs ou de premier ordre et les autres secondaires ou de second ordre. »

Hahnemann avait même observé que cette alternance d'action opposée pouvait se répéter plusieurs fois. A l'article Aconit, il dit : « Pendant tout le temps que cette plante met à agir, les actions du premier ordre et celles du deuxième alternent deux, trois et quatre fois par de courts paroxysmes avant que l'effet cesse totalement. »

Seulement, ici, Hahnemann s'est laissé prendre aux charmes de l'hypothèse. Il attribue l'action secondaire à la réaction de l'organisme, expliquant ainsi par cette réaction la guérison homœopathique. Or l'action dite secondaire est une action médicamenteuse au même titre que l'action primitive et non une réaction. Nous allons le démontrer dans le paragraphe suivant.

2e LOI. — *Plus la dose du médicament est forte, moins l'action primitive est marquée. Si la dose est excessive, l'action secondaire seule se développe.*

Voici un exemple tout à fait concluant. C'est une expérience de Martin Magron et Buisson. Si on donne à des grenouilles une très forte dose de strychnine, elles se paralysent d'emblée sans présenter d'abord la période tétanique, mais si on laisse ces grenouilles dans un lieu frais et humide, quelques-unes survivent et éliminent le poison. Chose remarquable, quand la strychnine est

arrivée à la dose convulsivante, ces mêmes grenouilles tout à l'heure paralysées sont prises de mouvements tétaniques ; en sorte qu'ici, le symptôme secondaire, la paralysie, s'est montré le premier et le symptôme primitif, le tétanos, est devenu secondaire.

Il en est de même d'après Calvet, pour la morphine. Quand l'animal reçoit une dose massive, la période d'excitation est supprimée et le narcotisme se produit d'emblée.

Ces faits doivent vous faire comprendre ce que je vous disais tout à l'heure que les effets dits secondaires sont des effets médicamenteux, au même titre que les effets primitifs et que c'est une erreur d'en avoir fait une réaction de l'organisme.

3e LOI. — *Avec les très petites doses de médicament, les effets secondaires apparaissent à peine ou même manquent totalement.*

Cette loi se vérifie surtout dans les expérimentations de Hahnemann qui presque toutes sont faites avec de petites doses.

Ce grand médecin avait reconnu la vérité expérimentale des lois que nous venons de formuler. Dans son *Organon*, il s'exprime ainsi : « Plus la dose du médicament qu'on voudra essayer sera modérée, plus aussi les effets primitifs, ceux qu'il importe surtout de connaître, seront saillants ; on apercevra même qu'eux. »

Un peu plus loin il ajoute : « Au contraire, si la dose est excessive, non seulement il se montrera plusieurs réactions (effets secondaires) parmi les symptômes mais encore les effets primitifs se manifesteront d'une manière si précipitée, si violente et si confuse qu'il sera impossible de faire aucune observation précise. » (§ 137.)

En résumé, il résulte de ces deux lois que tout médicament a un effet opposé suivant qu'on l'administre à petites ou à fortes doses. C'est là une vérité de connaissance vulgaire. Un peu de vin soutient les forces de l'homme, une dose très forte les anéantit. Il en est de même de l'opium et de la coca dont les petites doses procurent aux Indiens une force musculaire considérable et résistante et dont les fortes doses plongent dans le narcotisme.

4e LOI. — La comparaison des effets produits par les médicaments sur l'homme sain et de leur résultat clinique nous a permis de formuler une quatrième loi. Celle-ci n'est point comme les trois autres généralement acceptée par cette raison qu'elle suppose démontrée la thérapeutique homœopathique.

Voici cette 4e loi :

L'effet d'un médicament sur l'homme sain et sur l'homme malade est absolument opposé, si toutefois les symptômes éprouvés par le malade sont analogues aux effets physiologiques du médicament.

Exemples : Si vous injectez une certaine dose de cantharide à un animal vous déterminez de l'albuminurie, de l'hématurie, de la strangurie et, à un degré plus élevé, de l'anurie; de plus cet animal présentera comme lésion une néphrite parenchymateuse. Si, maintenant, vous administrez la cantharide à un malade atteint de néphrite parenchymateuse et présentant des symptômes énumérés ci-dessus, ces symptômes disparaîtront ; la cantharide aura donc deux actions opposées suivant qu'on l'administre à un organisme sain ou à un organisme malade.

L'un de vos maîtres, le Dr Lancereaux, place la can-

tharide au premier rang des médicaments de la néphrite et de l'albuminurie.

Il est superflu de vous rappeler les exemples de l'asystolie et de la digitaline, de la dysenterie et du sublimé, de l'ipéca et de l'asthme; etc., etc.

Mais il était bon de vous faire toucher du doigt cette vérité de l'opposition des actions des médicaments sur l'homme sain et sur l'homme malade. Vous serez en garde de cette façon contre les contradictions relevées dans les auteurs de matières médicales qui ne distinguent pas les effets physiologiques des effets thérapeutiques.

Des doses. — C'est certainement là la question à la fois la plus difficile et la plus controversée de la réforme hahnemannienne. Nous allons tâcher de jeter quelque lumière sur ce point et de montrer comment les difficultés peuvent être résolues.

Rappelons d'abord que nous avons admis deux lois d'indication, la loi des contraires et la loi des semblables, et que ces deux lois sont *positives* au même degré quand elles régissent la thérapeutique qui leur convient : thérapeutique des affections externes et thérapeutique palliative pour la loi des contraires; thérapeutique des maladies internes pour la loi des semblables.

Je le répète à dessein, c'est parce que ces deux lois sont positives que nous les conservons dans notre thérapeutique.

La première règle que nous poserons quant aux doses, c'est que les doses doivent toujours être fortes quand l'indication est régie par la loi des contraires : fortes doses d'antiseptiques pour l'antisepsie chirurgicale ou obstétricale, fortes doses de médicament pour toute la médication palliative.

Quand les indications sont gouvernées par la loi des semblables, la dose doit être aussi petite que possible et c'est ici que se pose le problème *des doses* dites *Hahnemanniennes*.

Au début de sa pratique homœopathique, Hahnemann employait des doses faibles mais pondérables ; il donnait des doses faibles pour éviter les troubles que les doses fortes suscitent dans l'organisme et pour laisser la guérison s'établir doucement et suivant son mode naturel. Et en suivant cette pratique Hahnemann faisait preuve d'un sens médical élevé. Il disait avec raison, et nous répétons avec lui : tout ce qui est de trop dans la dose d'un médicament complique inutilement le problème, retarde la guérison et peut même l'empêcher.

Nous avons vu plus haut que des deux actions opposées produites par une seule dose de médicament, l'action dite primitive était considérée par Hahnemann, comme la véritable action médicamenteuse ; qu'en outre, plus la dose du médicament était petite plus l'action primitive était nette et isolée des actions dites secondaires ; il n'est donc point étonnant que Hahnemann ait été porté à rechercher dans sa thérapeutique les doses les plus minimes.

Mais où commence, je dirai presque le mystère, ou plus rigoureusement la difficulté de comprendre la pensée de Hahnemann, c'est la décision qu'il prit d'appliquer aux doses la division par cent, et d'arriver très vite à n'employer guère que la trentième dilution, dose qui s'exprime par l'unité précédée de 60 zéros.

Je ne connais aucun raisonnement qui puisse expliquer une infinitésimalité aussi excessive et nous n'ar-

riverons à la justifier que par des expériences empruntées à la bactériologie et par des faits cliniques.

Nous ne parlerons pas ici des exagérations des médecins qui ont dépassé plus ou moins la trentième dilution et des folies d'un Jennikcn qui croyait qu'à chaque succussion donnée au médicament correspondait une nouvelle dilution; et d'un Fink qui se bornait a faire passer un courant d'eau dans un vase à deux ouvertures et comptait autant de dilutions que ce vase avait été rempli de fois.

Le problème des doses tel que l'a laissé Hahnemann est assez difficile pour que nous ne nous embarrassions pas dans ces extravagances.

Mais si un petit nombre ont encore exagéré Hahnemann, le plus grand nombre des médecins ont réagi dans un sens contraire. Les médecins de langue anglaise ont presque tous remplacé les dilutions centésimales par les dilutions décimales, la première étant au dixième, la deuxième au centième, et la troisième au millième.

Poussant encore plus loin la réaction, un groupe de médecins homœopathes ne prescrit jamais que des doses pondérables.

Notre enseignement sur cette question des doses se résume dans cette formule : *Omni dosi*, c'est-à-dire tantôt des doses fortes, tantôt des doses moyennes, tantôt des doses infinitésimales.

Mais quelle règle proposerons-nous? Car certainement nous ne livrons cette décision ni au caprice ni au hasard.

La règle qui nous semble la plus voisine de la vérité est celle-ci : *Donner dans une maladie la dose qui produit chez l'homme sain un effet analogue aux symptômes du mal.*

Ainsi, si vous traitez le choléra par l'Aconit, il faut don-

ner des doses très fortes d'Aconit, parce que c'est seulement à doses très fortes que l'Aconit produit les symptômes du choléra.

Si vous traitez le vertige de Ménière par le sulfate de quinine, donnez des doses fortes puisque c'est seulement ces doses qui produisent la surdité et le bourdonnement.

Mais, je ne vous le cache pas, cette règle me semble défaillante, et à mesure que je vous cite ces exemples d'autres contradictoires naissent en foule dans mon esprit.

Ainsi l'émétine (principe de l'Ipeca) ne produit l'hépatisation chez les animaux qu'à dose énorme et c'est à la 6e dilution qu'elle doit être prescrite dans la bronchopneumonie !

Que vous dirai-je donc ? C'est la clinique qui seule peut être notre guide.

C'est la clinique qui nous dit que le sulfate de quinine doit être donné à dose forte (1 gramme) dans le traitement de la fièvre intermittente, à dose moyenne (5 et 10 centigrammes) dans le rhumatisme et à dose infinitésimale dans l'eczéma.

C'est la clinique qui nous enseigne que la Bryone doit être prescrite à dose infinitésimale (6e et 12e dilution) dans le traitement de la pneumonie ; à dose moyenne (1re trituration) dans le traitement de la sciatique ; et à dose très forte (XX et XXX gouttes de teinture) dans certaines hydropisies.

C'est la clinique qui nous a appris que le Drosera réussissait à dose infinitésimale dans la coqueluche et à dose forte dans la toux spasmodique de la phtisie.

C'est la clinique qui nous enseigne que le Sublimé doit être donné à dose moyenne dans la syphilis et à dose infinitésimale dans la dysenterie.

Vous voyez par ces exemples que la dose d'un même médicament varie avec les maladies dans lesquelles on l'emploie.

Inversement on pourrait vous montrer que dans une même maladie la dose doit varier suivant le médicament employé.

Exemples : voici deux névralgies intermittentes, l'une qui répond au sulfate de quinine, l'autre à la noix vomique. Si vous prescrivez le sulfate de quinine, il faudra donner une dose très forte, même plus forte que pour la fièvre intermittente ; et si c'est la noix vomique qui est indiquée les 6e, 12e et 30e dilutions réussiront parfaitement.

Vous le voyez, la clinique doit décider de ces questions et, pour moi, c'est la seule règle devant laquelle je m'incline. Il est également absurde de se renfermer dans une seule formule, de ne prescrire que des doses fortes, des doses moyennes ou faibles ; et il faut, comme je le disais en commençant, prendre pour règle de notre posologie la devise : *Omni dosi.*

Mais je ne crois pas avoir répondu suffisamment à l'objection qui est dans l'esprit de beaucoup d'entre vous, c'est que vous ne pouvez ni comprendre l'action des doses infinitésimales, ni y croire.

Rappelez-vous d'abord que dans les sciences expérimentales, il ne s'agit ni de croire ni comprendre mais de constater les faits. Or, si la clinique me fait constater l'action de la Bryone dans la pneumonie et de la Noix vomique dans les névralgies intermittentes à la 12e et à la 30e dilution, qui suis-je et qui êtes-vous, pour dire à la méthode expérimentale : Tu n'iras pas jusque-là ?

Vous ne comprenez pas, dites vous, eh ! bien, je vais vous

citer des faits qui se passent tous les jours dans l'école bactériologique que vous ne comprendrez pas plus que l'action des doses infinitésimales et qu'il vous est impossible de nier. La tuberculine de Koch agit à dose infinitésimale sur les tuberculeux; et même à forte dose, elle est sans effet sur les organismes sains. C'est généralement ce qui se passe pour les dilutions homœopathiques.

Le Dr Besnier, résumant les expériences faites à l'hôpital Saint-Louis sur le traitement du lupus par la lymphe de Koch, s'exprime ainsi :

« Si l'on veut bien remarquer que la quantité infinitésimale (un dix-millième de centimètre cube) de toxine inoculée a dû passer par la circulation générale et par les viscères hématopoiétiques, qu'elle a dû subir une dilution qui atteint les limites de l'invraisemblance dans les masses relativement énormes de liquide et de solide traversées, on comprendra difficilement, à moins de *dépasser les conceptions de la doctrine homœopathique*, que ce soit par action directe que la toxine agit sur le lupus ». Et pourtant elle agit. *E pur si muove.*

Vous pouvez prendre cette même lymphe de Koch, l'injecter pendant des mois à fortes doses, à des cobayes non tuberculeux. Elle ne produira rien, pas même leur immunisation.

Avez-vous compris, non, mais vous avez constaté le fait et c'est tout ce que je vous demande.

Et le sérum d'animaux immunisés contre la diphtérie ou le tétanos, quelle dose de médicaments contient-il et quel poids d'antitoxine est nécessaire pour agir? Je lis à l'instant une expérience d'Elie Metchnikoff sur la production des anti-toxiques. Un caïman reçoit une dose de toxine tétanique et huit jours après le sang de ce caïman

s'est montré anti-toxique à la dose de 0,0005 centimètres cubes. Si l'on réfléchit qu'un animal qui a reçu une toxine l'élimine chaque jour en partie, en sorte que, après quatorze jours, il n'en reste plus trace, et que huit jours après l'injection chez le caïman cette dose infinitésimale de 0,0005 centimètres cubes exerce une action antitoxique évidente, ne sera-t-on pas convaincu de l'action des doses infinitésimales.

C'est encore une action qui ne se comprend pas, mais qui est mise hors de doute par la méthode expérimentale.

Dr P. Jousset.

CLINIQUE

TROIS OBSERVATIONS DE FIÈVRE TYPHOÏDE

Je viens d'observer dans une famille de ma clientèle 3 cas de fièvre typhoïde, d'ailleurs bénins, mais qui, cependant, me semblent présenter un certain intérêt.

Voici ces observations :

Observation I

Jean D..., âgé de 8 ans 1/2.

Antécédents héréditaires. — Père arthritique, sujet aux coliques hépatiques. Mère d'une bonne santé habituelle.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle ; a eu quelques maladies d'enfance, entre autres la coqueluche et la rougeole. Cette dernière maladie qu'il a eue il y a deux ans a été compliquée d'une pneumonie grave.

Le 7 octobre dernier, je fus appelé auprès de cet

enfant, qui était revenu depuis trois semaines des bains de mer et qui, depuis son retour, ne s'était jamais bien porté, sans avoir été obligé de s'aliter. Il avait alors peu d'appétit, était vite fatigué et ne demandait qu'à rester tranquille, ce qui contrastait avec ses habitudes plutôt bruyantes et agitées. On ne s'était pas aperçu qu'il ait eu de la fièvre. A ma visite, l'enfant était abattu, se plaignait de maux de tête, avait mal dormi, présentait une langue sèche et un peu blanche. Le ventre était sensible, et il y avait de la constipation. Rien dans la gorge, ni dans les bronches, pas de toux.

T. M. 38,7. T. S. 39,5.

Traitement : Diète lactée. Aconit θ V gouttes.

Le 8. L'état est le même, le petit malade se plaint toujours de la tête, il y a toujours de la constipation, qui persista d'ailleurs pendant toute la durée de la maladie, car l'enfant n'a recommencé à aller à la selle sans lavement que lorsqu'il a pu se lever.

T. M. 38,7. T. S. 39,9.

Même traitement et en plus un lavement contre la constipation.

Le 9. L'enfant a un peu mieux dormi et se plaint moins de la tête, mais le ventre est toujours sensible et ballonné ; il y a une tache rosée lenticulaire, et la langue toujours sèche est devenue brunâtre au centre. A ce moment il devient permis de penser à une fièvre typhoïde d'apparence bénigne.

T. M. 37°. T. S. 39,9.

Traitement : Lait et bouillon alternés, lotions tièdes sur tout le corps, plusieurs fois par jour. Baptisia 1/10 X gouttes.

Le 10. Le malade a bien dormi, la tête va mieux, mais

il reste étendu sur le dos, et ne parle que lorsqu'on lui adresse la parole. Le reste du temps il est très assoupi. La langue est sèche et brunâtre, mais sans être rouge à la pointe ni sur les côtés. Il y a 4 taches rosées lenticulaires sur le ventre. L'urine est foncée et contient un peu d'albumine en quantité indosable. Le même jour, n'ayant pas à ma disposition de quoi faire le séro-diagnostic de la maladie, je me contente de faire l'uro-diagnostic selon le procédé d'Albert Robin, et les réactions de l'urine sont assez nettes.

T. M. 38,2. T. S. 39,5.

Même traitement.

Le 11. Même état.

T. M. 38,6. T. S. 39°.

Même traitement.

Le 12. Même état, mais le malade ne souffre plus du tout de la tête.

T. M. 37,5. T. S. 38,5.

Même traitement.

Le 13. Le petit malade dort bien maintenant; il est un peu moins absorbé, sa langue est moins sèche.

T. M. 37°. T. S. 39,1.

Même traitement.

Le 14. Les taches rosées lenticulaires commencent à pâlir, mais le ventre reste encore un peu sensible, surtout dans la fosse iliaque droite; il y a encore un léger nuage d'albumine dans les urines.

T. M. 37°. T. S. 38,5.

Même traitement, en cessant les lotions.

Le 15. Même état et même traitement.

T. M. 36,7. T. S. 38,5.

Le 16. Même état et même traitement.

T. M. 36,9. T. S. 38,3.

Le 17. Le malade se trouve bien et réclame à manger, les taches ont disparu ; il n'y a plus d'albumine dans les urines, le ventre reste encore un peu sensible.

T. M. 36,5. T. S. 37,5.

Même traitement.

Le 18. L'amélioration s'accentue.

T. M. 36,5. T. S. 36,6.

Même traitement.

Le 19. Même état et même traitement.

T. M. 36,3. T. S. 37,1.

Le 20. L'état est très satisfaisant, le malade réclame toujours à manger, la langue est bien nettoyée.

T. M. 36,7. T. S. 36,6.

Même traitement.

Le 22. La température du malade restant matin et soir au-dessous de 37°, je commence à permettre des aliments solides peu à peu en même temps que je lui prescris Nux vomica 12 et China 12.

Quelques jours après, lorsque toute sensibilité a disparu du ventre, le petit malade se lève et reprend peu à peu sa vie ordinaire. Il a perdu un peu de cheveux pendant sa convalescence.

Observation II

Mme D..., 32 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un anthrax en 1870. Mère arthritique, morte d'une embolie il y a quelques mois.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, n'a jamais eu d'autres maladies qu'une forte anémie à l'âge de 16 ans. Migraineuse. A eu 3 enfants.

15 octobre. Je soignais son plus jeune fils depuis une huitaine de jours lorsque, lui trouvant l'air fatigué, j'examinai cette dame presque malgré elle, qui ne voulait pas être malade, et constatai 38,5 de température. Elle se décida alors à m'avouer que depuis trois ou quatre jours elle souffrait de la tête, ne dormait plus et avait perdu l'appétit. Je la fis coucher et trouvai le ventre sensible un peu partout, mais surtout dans la fosse iliaque droite qui présentait d'ailleurs un peu de gargouillement. Il y avait de la constipation.

T. M. 38,5. T. S. 39,6.

Traitement : Lait et bouillon alternés. Baptisia 1/10 X gouttes, lotions tièdes, lavement.

Le 16. La malade a mouché un peu de sang, la langue est sèche et brunâtre ; insomnie, constipation, qui persistera jusqu'à la fin de la maladie.

Traitement : Baptisia 1/10 le jour, Belladonna 3e pour la nuit.

T. M. 37,6. T. S. 38,3.

Le 17. La malade a toujours mal à la tête, la nuit elle est agitée mais n'a pas de délire. Il y a 2 taches rosées lenticulaires sur le ventre qui est très sensible. Il y a de l'abattement très marqué pendant toute la journée. Les urines peu abondantes contiennent de l'albumine en petite quantité. L'uro-diagnostic par le procédé de Robin donne lieu chez elle à des réactions très franches et le dosage des phosphates terreux dénote une diminution sensible de leur proportion dans les urines.

T. M. 38,3. T. S. 39,5.

Même traitement.

Le 18. La nuit est toujours agitée. Il y a 5 taches rosées lenticulaires sur le ventre.

T. M. 38,6. T. S. 39,5.

Même traitement.

Le 19. La malade est toujours abattue pendant la journée. Quelques râles aux deux bases.

T. M. 38,9. T. S. 39,7.

Même traitement.

Le 20. Le mal de tête a disparu, par ailleurs pas de changement.

T. M. 39,1. T. S. 40°.

Même traitement.

Le 21. Les râles ont disparu.

T. M. 39,1. T. S. 39,3.

Même traitement.

Le 22. Même état et même traitement.

T. M. 38,6. T. S. 39,3.

Le 23. Le malade a de l'oppression, 40 respirations à la minute. A l'auscultation je constate la disparition du murmure vésiculaire à la base droite qui est mate à la percussion. Les vibrations thoraciques ne se perçoivent plus en cet endroit. Il y a une légère pleurésie avec épanchement, d'ailleurs la malade n'a ni toux ni point de côté.

T. M. 38,6. T. S. 40°.

Traitement: Baptisia 1/10. Aconit θ. Cesser les lotions.

Le 24. Même état, même traitement.

T. M. 38,8. T. S. 38,8.

Le 25. Le niveau du liquide est stationnaire, la malade ne souffre pas, le ventre reste sensible à la pression, bon sommeil, toujours un peu d'albumine dans les urines.

T. M. 38,2. T. S. 38,8.

Baptisia 1/10. Cantharis 6.

Le 26. Même état et même traitement.

T. M. 38,2. T. S. 38,8.

Le 27. Le liquide diminue un peu, le ventre est toujours sensible mais les taches sont moins apparentes.

T. M. 37,7. T. S. 38,5. Continuer le traitement.

Le 28. On entend quelques frottements dans l'aisselle.

T. M. 37,6. T. S. 38,5.

Le 29. Les frottements sont plus nets, la malade est moins absorbée pendant la journée.

Traitement : Baptisia 1/10. Hepar sulf. 2e trituration.

T. M. 37,5. T. S. 38,2.

Le 30. Même état, même traitement.

T. M. 37,4. T. S. 38,6.

Le 31. Même état, même traitement.

T. M. 37,2. T. S. 38,7.

1er novembre. La malade va réellement mieux, la langue se nettoie, les taches rosées ont disparu et sont remplacées par une éruption abondante de sudamina. Le ventre est toujours sensible et la constipation continue.

Même traitement.

T. M. 37,2. T. S. 38,3.

Le 2. L'état est satisfaisant, les frottements diminuent, il n'y a presque plus de matité, la malade dort très bien.

T. M. 36,8. T. S. 38,2.

Le 3. T. M. 36,7. T. S. 38,2.

Le 4. T. M. 36,5. T. S. 37,8.

Le 5. T. M. 36,4. T. S. 37,5.

Le 6. T. M. 36,6. T. S. 37,8.

Le 7. T. M. 36,1 . T. S. 37°. — Pendant tout ce temps l'état va en s'améliorant et on continue le même traitement.

Le 8. La respiration est redevenue normale, il n'y a plus de frottements, la malade demande à manger.

Même traitement.

T. M. 36,3. T. S. 37°.

Le 9. T. M. 36,4. T. S. 37°.

Le 10. La malade est allée à la selle sans lavement pour la première fois depuis le début de sa maladie.

T. M. 36,3. T. S. 36,8.

Le 10. T. M. 36,4. T. S. 36,9. La température se maintenant au-dessous de 37°, je permets la reprise progressive de l'alimentation et donne comme traitement. Ars. et China 12e.

Après quelques jours, la malade qui commence à perdre ses cheveux peut se lever et reprend ses forces assez promptement malgré son amaigrissement qui a été considérable.

Observation III

Pierre D..., âgé de 10 ans, frère de Jean D....

Antécédents personnels. — Enfant petit, maigre et pâle, a eu dans sa première enfance une attaque de choléra infantile très grave qui l'a laissé assez chétif. Depuis, il a eu à peu près toutes les maladies de l'enfance et la rougeole en même temps que son frère et avec la même sérieuse complication de pneumonie.

25 octobre. La mère était arrêtée au lit depuis dix jours, lorsque je vis pour la première fois cet enfant qui n'était pas allé en classe par suite de diarrhée et dont la température était de 39°. Le pouls était mou et plein, et il battait à 120 par minute, la langue était saburrale, le ventre très sensible. En interrogeant l'enfant, il me dit qu'il avait eu de la diarrhée en classe depuis plusieurs jours.

Traitement : Lait et bouillon alternés, lotions tièdes sur tout le corps deux ou trois fois par jour. Baptisia 1/10.

T. S. 39.

Le 27. L'enfant a passé une mauvaise nuit, a été agité et s'est beaucoup plaint de la chaleur. Il a mal à la tête et est très abattu pendant la journée. Il a mouché un peu de sang à plusieurs reprises ; la langue est toujours saburrale et brunâtre au milieu. Il y a eu deux selles liquides d'odeur très repoussante.

Même traitement.

T. M. 39. T. S. 39,8. P. 122.

Le 28. Trois selles dont une involontaire pendant la nuit, le ventre est très sensible partout et assez ballonné, il y a du gargouillement à droite et une tache rosée lenticulaire sur la paroi du même côté. Uro-diagnostic avec résultat confirmatif du diagnostic fièvre typhoïde.

Même traitement.

T. M. 38,5. T. S. 39,5.

Le 29. Le malade a eu une seule selle en diarrhée dans la journée, la nuit est plus calme, mais l'abattement est très marqué dans le jour.

Même traitement.

T. M. 38,5. T. S, 38,9.

Le 30. Pas de selle, il y a plusieurs taches rosées sur le ventre qui est toujours sensible.

Même traitement.

T. M. 38. T. S. 38. P. 118.

Le 31. Le malade est constipé.

Même traitement et en plus un lavement.

T. M. 38,2. T. S. 38,5.

Le 1er novembre. Le malade qui est toujours constipé présente une véritable éruption de taches rosées lenticulaires. Il en a bien une douzaine.

Même traitement et un lavement.

T. M. 38,2. T. S. 38.

Le 2. La langue est plus sèche, le malade est un peu plus agité toute la journée. Il a eu deux selles presque incolores.

Acid. phos. 3^e^.

T. M. 38,1. T. S. 39. P. 120.

Le 3. La nuit a été plus calme, mais le malade a eu une selle involontaire.

Même traitement.

T. M. 38,9. T. S. 39. P. 120.

Le 4. Le malade est calme et absorbé toute la journée. Les taches persistent, on obtient facilement la raie dite méningitique sur la peau du ventre qui reste toujours sensible.

Même traitement.

T. M. 38,8. T. S. 37,8. P. 116.

Le 5. Le malade ne va pas à la selle.

Même traitement et lavement.

T. M. 38. T. S. 37,9.

Le 6. Même état et même traitement, cesser les lotions.

T. M. 38. T. S. 39,7.

7. Idem.

T. M. 37,3. T. S. 37,6.

Le 8. Le malade a mal dormi et a toussé toute la nuit, il se plaint d'un point de côté à gauche où je constate une légère pleurésie auec un peu d'épanchement.

Aconit θ.

T. M. 38. T. S. 38,8.

Le 9. La nuit a été meilleure, mais le malade tousse toujours, sa constipation continue et il a toujours un peu d'albumine.

Même traitement.

T. M. 37,5. T. S. 37,7.

Le 10. L'épanchement est stationnaire.

Même traitement.

T. M. 37,8. T. S. 37,7.

Le 11. Le malade a été très fatigué par la toux et a eu un frisson l'après-midi. Sulfate de quinine 0 gr. 60 en deux doses le soir ; Cantharis et Rumex 6 alternés dans la journée.

T. M. 37,3. T. S. 39,5. P. 124.

Le 12. Le malade a moins toussé, le liquide diminue dans la plèvre, il n'y a plus de taches sur le ventre qui reste toujours sensible.

Même traitement.

T. M. 36,3. T. S. 38,6. P. 110.

Le 13. Le malade va mieux.

Même traitement sans sulfate de quinine.

T. M. 36,7. T. S. 38,2. P. 100.

Le 14. Sudamina très nombreux, il n'y a plus d'albumine dans les urines, le malade ne tousse presque plus, la nuit il dort bien et le jour il est moins absorbé. Il n'y a plus à peine de matité dans le côté, la langue est moins sèche, mais il y a beaucoup d'aphtes dans la bouche.

Merc. solubilis 3e trit.

T. M. 36,1. T. S. 37,7.

Le 15. Le malade se trouve bien et demande à manger ; il n'y a plus rien à l'auscultation, les aphtes sont stationnaires.

Même traitement.

T. M. 35. T. S. 35,7.

Le 16. Même état et même traitement.

T. M. 35,7. T. S. 36,1.

Le 17. Le malade va bien, quoique toujours un peu constipé, ses aphtes sont guéris.

Nux vomica. China.

T. M. 36. T. S. 36,8.

Le 18. La température du petit malade se maintient aux environs de 36°, je lui permets de manger et sa convalescence se fait sans incidents.

Ces trois observations de fièvre typhoïde me semblent appeler quelques remarques.

D'abord, je dois justifier mon diagnostic. Certes, si je n'avais eu à soigner que le petit Jean D..., le premier malade, je ne serais pas aussi affirmatif. Cependant, la marche de la température, depuis le moment où je l'ai vu, semble bien avoir été celle d'une fièvre typhoïde à la période d'état, puis à la période de défervescence. Toutefois il a présenté, le troisième jour de son traitement, une température de 37° tout à fait anormale et que je ne m'explique pas. Je suis d'ailleurs certain de cette température, l'ayant prise moi-même et avec deux thermomètres différents. Elle aurait pu faire craindre une hémorrhagie intestinale qui ne s'est pas produite, heureusement.

Les autres symptômes sur lesquels je m'appuie pour mon diagnostic sont : l'état de la langue, l'abattement, les quelques taches rosées que le malade a présentées et la chute des cheveux pendant la convalescence. Enfin l'uro-diagnostic par le procédé d'Albert Robin a été confirmatif de ma manière de voir.

On sait que le syndrome urologique de la fièvre typhoïde d'après Albert Robin consiste essentiellement en ceci :

1° Couleur de bouillon de bœuf à reflets verdâtres avec aspect trouble sous teinte urobilinurique ;

2° Albumine constante en quantité modérée;

3° Disparition de l'uro-hématine;

4° Présence constante de l'indican qu'il y ait ou non de la diarrhée et des symptômes abdominaux;

5° Persistance ou augmentation, de l'acide urique;

6° Absence d'uro-érythrine;

7° Diminution notable des phosphates terreux.

Les caractères 1 et 6 sont obtenus par le seul examen des urines, la couleur et l'aspect s'apprécient immédiatement, et l'absence d'uro-érythrine entraîne l'absence constante du cercle rougeâtre qui colore le vase de certains malades.

Le caractère 7 nécessite un dosage que j'ai fait pratiquer par un pharmacien et qui a démontré que la diminution des phosphates terreux, très marquée chez la mère, l'était moins chez le jeune Pierre D... et surtout chez son frère Jean.

Les autres caractères s'obtiennent en traitant les urines dans un verre à pied conique par l'acide azotique. On voit alors se superposer de haut en bas un diaphragme d'acide urique, un disque net d'albumine et au-dessous la teinte verdâtre ou violacée que donne l'indican dans ces conditions. La coloration rose de l'uro-hématine n'apparaît pas.

Chez nos trois malades, ce syndrome a persisté jusqu'au moment où la fièvre a été complètement tombée.

Je dois dire maintenant que le petit Jean D... n'a présenté à aucun moment de sa maladie de la diarrhée mais au contraire de la constipation.

Cette absence de diarrhée ne suffit pas à mon avis pour faire rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde, et je crois qu'il est parfaitement admis qu'il y a des fièvres typhoïdes sans diarrhée.

Pour Mme D... le diagnostic, malgré la constipation, a été beaucoup plus facile et me semble indiscutable : les saignements de nez, les maux de tête, l'insomnie du début, puis les taches rosées, la courbe de la température, absolument classique chez elle, et lors de la convalescence les sudamina puis la chute des cheveux ne permettent, à mon avis, aucun doute sur la nature de la maladie dont elle a été atteinte.

Enfin l'uro-diagnostic a été très net chez elle.

Quant au petit Pierre, chez lui, la courbe de la température a été moins régulière ; il a même eu à un moment une brusque élévation de température avec frisson et vomissements qui m'ont fait craindre d'avoir affaire à un accès pernicieux. Le sulfate de quinine l'a heureusement promptement enrayé. Parmi les autres symptômes, ce malade a présenté des saignements de nez, ou plus exactement il a mouché du sang à plusieurs reprises comme sa mère, car ces deux malades n'ont pas eu de saignements de nez véritables. En outre, il a eu des maux de tête, de l'abattement, des taches rosées très abondantes, des sudamina. Enfin il a eu à différentes reprises pendant le cours de sa maladie de la diarrhée. L'uro-diagnostic a été aussi assez net chez lui, sauf pour un symptôme : les urines du petit malade n'ont jamais présenté la couleur du bouillon, au contraire, elles ont presque tout le temps été très claires et très abondantes.

Mme D... et son fils Pierre ont présenté une complication de pleurésie, ce qui est assez rare, croyons-nous, pendant la fièvre typhoïde. Ces pleurésies ont évolué d'une façon bénigne. Aconit en teinture-mère les a facilement enrayées et Cantharis en dilution a favorisé la disparition complète de l'épanchement. Chez Mme D... le

début a été silencieux, il y a une légère élévation de la température, puis de l'oppression, mais ni toux ni point de côté. Chez son fils, il y a eu aussi élévation de la température au début, mais surtout une toux sèche très pénible qui n'a cédé qu'à l'emploi de Rumex.

Dois-je attribuer cette pleurésie chez ces deux malades aux lotions tièdes que je leur ai fait faire? J'en doute, car ces lotions tièdes, faites le malade étant au lit dans une chambre bien chauffée, ne me semblent pas avoir pu amener un refroidissement suffisant pour déterminer une pleurésie. Je crois donc qu'il m'est permis d'attribuer ces pleurésies plutôt à une migration de bacilles d'Eberth du côté de la plèvre, et je regrette de n'avoir pas été à même de pouvoir rechercher ces bacilles dans le liquide de la plèvre pour confirmer mon opinion (1).

J'arrive maintenant au traitement que j'ai fait suivre à ces malades. J'ai employé, suivant mon habitude dans ce cas, les lotions tièdes, qui sont facilement acceptées des malades, car ils en éprouvent toujours de bons effets et les réclament eux-mêmes. Ces lotions rendent la peau moins sèche et facilitent la transpiration en dégageant l'entrée des canaux sudoripares. Elles amènent toujours une sédation bienfaisante pour le système nerveux du malade et pour sa fièvre. En prenant la précaution de les

(1) On trouvera dans le *Bulletin médical* du 12 janvier un compte-rendu d'un article de M. Rocco-Jemma qui a étudié la pleurésie typhique à la clinique de Gênes. Ce médecin attire l'attention sur l'évolution généralement silencieuse et la marche bénigne de cette complication. Il a prouvé également que ces pleurésies sont bien dues à la présence du bacille d'Eberth qu'il a pu déceler dans le liquide de la plèvre.

faire avec de l'eau boriquée, on se met en règle avec l'antisepsie.

Parmi les médicaments que j'ai prescrits, on remarquera en première ligne le Baptisia tinctoria.

Ce médicament ne jouit pas en France d'une grande réputation pour le traitement de la fièvre typhoïde, et nos auteurs qui ont écrit à son sujet ne l'ont guère fait que pour lui dénier toute action dans cette maladie. Qu'il me soit permis de ne pas partager leur avis. Depuis quelques années, j'ai employé le Baptisia tinctoria dans le traitement de la fièvre typhoïde lorsque je le trouvais indiqué, c'est-à-dire lorsque mon malade en présentait les symptômes et particulièrement, l'insomnie, la grande prostration, la fièvre, la sensibilité de la région iléo-cæcale, la langue brune et noirâtre au centre, et je m'en suis bien trouvé. Pendant une épidémie, j'ai eu à soigner 13 cas qui ont tous pris pendant plus ou moins longtemps du Baptisia, et tous ont guéri, bien que j'aie eu parmi eux des cas graves.

Je n'ai pas cependant la prétention d'affirmer que le Baptisia tinctoria guérira tous les cas de fièvre typhoïde, et je n'hésite jamais à le remplacer par un autre médicament quand il n'agit pas selon mon attente, mais je crois qu'au début des fièvres typhoïdes c'est souvent le médicament le mieux indiqué, et qu'il y a tout avantage à le faire continuer pendant toute la durée de la maladie, si quelque symptôme particulier ne vient pas forcer à employer un autre médicament.

Je m'empresse d'ajouter que je ne l'ai jamais vu juguler une fièvre typhoïde, et en cela je suis tout à fait de l'avis de mon vénéré maître, le Dr Jousset ; les cas de jugulation de fièvre typhoïde par l'emploi de ce médicament que les

Américains ont publiés n'étaient que des embarras gastriques fébriles, et leurs succès mirifiques n'étaient dus qu'à des erreurs de diagnostic.

Quoi qu'il en soit, entre l'enthousiasme des Américains et la réprobation pour ce médicament en France, il y a place, croyons-nous, pour une opinion plus conciliante, basée sur une action réelle de ce médicament dans la fièvre typhoïde.

Je n'insisterai pas sur les autres médicaments que j'ai eu à employer et qui sont généralement employés par tout le monde dans la fièvre typhoïde.

En terminant, je tiens à signaler le bon effet d'Aconit en teinture-mère pour la pleurésie au début, lorsqu'elle s'accompagne de fièvre ou de redoublement de fièvre comme dans nos deux cas.

D[r] G. NIMIER.

ÉTIOLOGIE

DU RÔLE ÉTIOLOGIQUE DE LA POUSSIÈRE TUBERCULEUSE

Nous avons rapporté dans ce journal des expériences précises et nombreuses qui démontrent l'innocuité de la poussière tuberculeuse à moins qu'elle ne soit directement introduite dans les voies respiratoires, puis nous avons cité d'autres expériences qui établissent que cette même poussière tuberculeuse mélangée avec de l'eau, pulvérisée et absorbée librement par les animaux était une cause presque fatale de tuberculose. La question semblerait donc définitivement jugée et il en serait certainement

ainsi sans les courants d'opinions préconçues, sans les préjugés passés dans les habitudes intellectuelles du public et des médecins.

On est parti de cette idée que la phtisie était contagieuse et que l'agent principal de cette contagion était l'aspiration des bacilles de Koch contenus dans les poussières tuberculeuses et leur pénétration dans les poumons. Cette opinion a été donnée comme absolument indiscutable et sur elle on a bâti tout un système d'hygiène publique et privée sur lequel on n'admet pas la discussion. Il est donc nécessaire de revenir sans se lasser sur ce point si important d'étiologie et de remettre les choses à leur point, c'est-à-dire que tout en étant transmissible par certains procédés la tuberculose n'est pas ordinairement contagieuse dans les conditions habituelles de la vie.

Je veux répondre aujourd'hui à deux arguments qu'on répète sans cesse pour démontrer la contagion de la phtisie ; le premier est tiré de la fréquence de la localisation de la tuberculose sur le poumon ; on en conclut que cette maladie est transmise par la respiration des bacilles. Le second argument est tiré de ce fait incontestable que l'air inspiré est chargé de bacilles, tandis que l'air expiré en contient très peu. D'où l'on conclut trop légèrement à notre avis que ces bacilles pénètrent dans le poumon, y séjournent jusqu'à leur destruction par les cellules lymphatiques et par conséquent constituent un instrument de la contagion.

I. La fréquence de la localisation de la tuberculose sur le poumon démontre que la cause de la contagion est bien la respiration des bacilles de Koch.

Cet argument est enfantin, si on veut me permettre

cette expression. Il suffit de réfléchir que la forme et la localisation de la tuberculose varient avec les *espèces* animales pour mettre à néant un semblable argument. Si la porte d'entrée du bacille de Koch avait l'importance que lui supposent les partisans de la contagion de la phtisie par la respiration, on ne s'expliquerait pas le phénomène suivant : Inoculez la même culture de tuberculose à la cuisse d'un cobaye et à celle d'un lapin, qu'est-ce qui va se passer ?

Chez le cobaye, la tuberculose va envahir successivement tous les ganglions lymphatiques, puis se localiser dans la rate et dans le foie et pulluler surtout dans la rate qui triple et quadruple de volume et le poumon n'est atteint que quelques semaines après.

Chez le lapin, la marche de la tuberculisation est toute différente. Du point inoculé, le bacille de Koch atteint directement le poumon et ce n'est que quelques semaines plus tard que les autres organes et la rate en particulier et le foie se tuberculisent.

Ces expériences dues à Arloing établissent que la porte d'entrée de la tuberculose n'est pour rien dans sa localisation et que l'organisme est tout. Le cobaye et le lapin sont organisés de telle sorte que l'un est disposé à la tuberculisation ganglionnaire et splénique et que l'autre est disposé à la tuberculose pulmonaire.

Les mêmes lois sont applicables à l'espèce humaine et, chez l'homme, si la tuberculose se localise si souvent sur le poumon, c'est parce que son organisme est plus disposé à cette localisation qu'aux autres. Il est puéril d'invoquer ici l'hypothèse si sérieusement contestée de la pénétration des poussières tuberculeuses par la respiration pour expliquer la fréquence de la phtisie.

Les localisations des maladies infectieuses n'ont pas d'autres lois que celles des prédispositions définies. Pourquoi tel sujet a-t-il eu une méningite tuberculeuse, un autre une pleurésie ou une péritonite tuberculeuse, d'autres des affections des os, des glandes et de la peau? Parce que sa nature individuelle le disposait à ces localisations qui ne peuvent être expliquées ici par la pénétration du bacille par l'air ou les aliments.

Je remarquerai encore que ces dispositions individuelles sont soumises à des lois encore mal connues et qu'il ne faut énoncer qu'avec des points d'interrogation.

Voici une de ces lois formulées par J.-P. Tessier il y a plus de 40 ans : *Les tuberculeux qui ont commencé par une pleurésie finissent en général par une méningite.* Cette loi, je l'ai vérifiée très souvent.

Il en est une autre, peut-être très contestable, c'est que certaines affections tuberculeuses bénignes guérissent facilement et *vaccinent* contre les tuberculoses graves. J'ai observé un grand nombre de faits d'écrouelles et de péritonites qui tendent à justifier cette loi.

Nous nous sommes un peu éloigné de la discussion du premier argument. Nous terminerons par cette conclusion que la fréquence de la phtisie pulmonaire chez l'homme n'est point une preuve que la tuberculose soit transmise par la respiration.

II. L'air inspiré étant chargé de bacilles tandis que l'air expiré en contient très peu, il existe là une cause de transmissibilité de la tuberculose par les bacilles de Koch qui pénètrent dans le poumon.

Cet argument repose sur les expériences bien connues de Strauss. Ce médecin a comparé très exactement le nom-

bre des bacilles contenus dans l'air inspiré et dans l'air expiré. Il est arrivé à des résultats qui se résument par les chiffres suivants : sur 600 bacilles ou moisissures qui pénètrent dans le poumon, il n'en ressort qu'un seul.

Cet argument paraît irréfutable à première vue; mais il ne supporte pas l'examen. La première objection, je la tire des travaux présentés à l'Académie à la fin de 1861, à propos d'inhalation d'eau médicamenteuse pulvérisée et qui démontre que les poussières répandues dans l'atmosphère loin de pénétrer dans le poumon s'arrêtent dans les fosses nasales et dans la gorge et n'atteignent même pas la trachée. Les expériences de Strauss démontrent bien que l'air expiré contient moins de bacilles que l'air inspiré mais elles n'établissent en aucune façon que les bactéries franchissent les fosses nasales et le pharynx et pénètrent dans le poumon.

J'ajoute que la plus simple réflexion ruine cet argument par sa base elle-même. Je limite l'examen du problème aux bacilles tuberculeux. Or, ce bacille est chez les sujets prédisposés un agent certain de la transmission de la tuberculose et si, à l'aide d'un tube recourbé, j'insuffle dans la trachée d'un lot de cobayes de la poussière tuberculeuse contenant le bacille de Koch, je détermine sûrement la tuberculose chez ces cobayes.

De nombreuses expériences ont démontré que des cobayes peuvent respirer impunément un air chargé de poussières tuberculeuses. Pourquoi ? Parce qu'évidemment les bacilles contenus dans l'air qu'ils respirent sont arrêtés dans leurs fosses nasales et leur pharynx.

Je me résume pour rendre la démonstration plus nette :

La poussière tuberculeuse chargée du bacille de Koch est un agent certain de transmission de la tuberculose

quand elle est insufflée dans le poumon d'un cobaye. Si cette même poussière respirée librement par un autre cobaye le laisse indemne c'est évidemment parce qu'elle ne pénètre pas jusqu'au poumon.

Cet argument est élémentaire.

Ces expériences ne peuvent se répéter sur l'homme mais les observations de Strauss ont démontré que les choses se passaient chez lui comme chez le cobaye. En effet, ce grand expérimentateur a démontré la présence du bacille de Koch dans les fosses nasales des personnes qui soignaient les phtisiques.

Serait-ce trop exiger des médecins, à une époque où la méthode expérimentale est en si grand honneur, de leur demander de renoncer à cette fantasmagorie de la propagation de la phtisie par les poussières tuberculeuses?

D^r P. Jousset.

THÉRAPEUTIQUE

DES TOXINES EN THÉRAPEUTIQUE.

Je désire, à propos d'une communication faite par MM. Charrin et Claude à la Société de biologie (16 décembre 1897), revenir sur une question qui a été souvent traitée dans ce journal : *celle de l'étude des toxines en thérapeutique.*

Nous l'avons déjà dit, les toxines jouent deux rôles en thérapeutique : tantôt elles sont dirigées contre la maladie elle-même qui les produit, *sérumthérapie*; tantôt elles entrent dans le traitement à titre purement homœopathique et comme substance produisant dans l'organisme sain des

symptômes et des lésions analogues à ceux qu'il s'agit de guérir.

Comme exemple de la première catégorie de faits et pour nous faire bien comprendre nous citerons les toxines de la diphtérie, de la fièvre jaune, du tétanos, etc., atténuées par différents procédés et employées dans le traitement de la diphtérie, du tétanos, de la peste et de la fièvre jaune.

Dans la seconde catégorie nous citerons les toxines de la tuberculose, de la diphtérie, du bacille pyocyanique qui produisent chez les animaux et chez l'homme des inflammations rénales et cardiaques contre lesquelles nous les avons prescrites avec un succès relatif.

La communication de MM. Charrin et Claude est un cas d'affection de la moelle épinière produit par la toxine du microbe pyocyanique. Nous savions déjà par les travaux de M. Charrin que le bacille pyocyanique produisait chez le lapin une paraplégie spasmodique, mais l'expérimentation dont il a entretenu la Société de biologie conclut à des résultats beaucoup plus précis.

Un lapin reçut pendant deux mois 28 centimètres cubes de toxine pyocyanique provenant d'une culture filtrée. Quand on cessa les injections, l'animal présentait déjà une paralysie incomplète, une atrophie musculaire qui augmenta pendant les deux mois suivants. A ce moment, l'animal fut sacrifié. A l'autopsie on constata l'atrophie d'un certain nombre de muscles des membres inférieurs contrastant avec l'intégrité des muscles voisins. L'examen histologique permit de reconnaître dans les muscles atrophiés tantôt l'atrophie simple, tantôt une dégénérescence granuleuse avec prolifération nucléaire et développement de la fibrose.

La moelle présentait des lésions extrêmement importantes. Au niveau du renflement de la région lombaire supérieure existait la lésion la plus avancée; la moelle était aplatie, ramollie.

Il existait en même temps un épanchement sanguin. A ce niveau les méninges étaient légèrement épaissies et adhérentes. Le foyer de ramollissement occupait une partie des cornes antérieures et envahissait la partie postérieure du cordon latéral droit.

D'autres lésions plus ou moins prononcées étaient disséminées dans la moelle mais principalement sur les cornes antérieures dont les unes étaient ramollies et les autres atrophiées. Les fibrilles nerveuses intramusculaires présentaient des degrés divers de dégénérescence, mais les gros troncs nerveux étaient indemnes.

Le système vasculaire présentait une lésion fort importante : les artères comme les artérioles médullaires étaient le siège d'endo et de péri-artérite avec thrombose.

L'ensemble des symptômes et des lésions produits chez ce lapin par la toxine pyocyanique nous offre, comme le disent les auteurs de la communication, une image très analogue à celle de la maladie de l'homme décrite sous le nom de *polymyélite aiguë* ou *subaiguë*.

MM. Charrin et Claude se demandent si les lésions observées sont le résultat indirect des endoartérites et des thromboses observées chez l'animal en expérience ou si la toxine s'est attaquée directement à la cellule nerveuse.

Sans vouloir trancher cette question (ce qui serait peut-être prématuré) nous remarquerons que la toxine pyocyanique a une action incontestable sur le système vasculaire comme l'ont démontré les premiers travaux de M. Charrin.

Mais ce que nous retenons au point de vue thérapeutique, c'est que la loi de similitude autorise absolument l'emploi de la toxine pyocyanique dans les affections de la moelle épinière et les résultats, tout incomplets qu'ils soient, que nous avons déjà obtenus de cette toxine dans les affections des reins et du cœur ne peuvent que nous encourager dans cette voie.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 décembre. — Purification de l'eau de boisson du soldat en campagne. — M. Laveran fait un rapport sur un travail de M. Lapeyrère, pharmacien de la marine, à ce sujet. Le procédé qu'emploie M. Lapeyrère semble une combinaison des procédés de M. Burlureaux et de MM. Bordas et Girard. L'eau est traitée d'abord par une poudre complexe dont la composition est la suivante :

Chaux vive délitée et tamisée . . .	8	parties.
Alun	3	—
Carbonate de soude	4	—
Permanganate de potasse.	1	—

La dose de poudre, par litre d'eau varie, de 0 gr. 25 à 0 gr. 50.

Une petite mesure est fixée au couvercle de la boîte à poudre. A un litre d'eau qu'il s'agit de purifier, on ajoute

une mesure de poudre soit 0 gr. 25, on agite, on attend quelques minutes. Si la coloration rose de l'eau persiste, cela indique que la quantité de poudre employée est suffisante, sinon on ajoute une deuxième mesure de poudre et même plus s'il est nécessaire.

Lorsqu'on s'est assuré que la coloration rose est persistante, on filtre l'eau de manière à la clarifier et à la débarrasser de l'excès de permanganate.

Le filtre imaginé par M. Lapeyrère se compose d'un étui en aluminium ou en laiton nickelé de 6 centimètres et demi de long sur 18 millimètres de diamètre, ouvert à un bout, fermé à l'autre par une rondelle métallique que traverse un court tuyau auquel on adapte un tube de caoutchouc. Dans l'intérieur de l'étui métallique on place la matière filtrante et réductrice du permanganate en excès. On peut employer pour cet usage soit une éponge fine soit un tissu de laine qu'on rend réducteur par des saturations et des dégorgements alternatifs de permanganate de potasse.

Pour faire fonctionner le filtre, on le plonge dans le récipient où se trouve l'eau traitée avec la poudre, en ayant soin d'élever un peu ce récipient et on aspire à l'extrémité du tube en caoutchouc. Une fois amorcé, le filtre continue à fonctionner par le mécanisme du siphon.

Ce filtre semble assez pratique et purifie réellement l'eau des microbes pathogènes qu'elle peut contenir, en revanche la matière organique n'est pas réduite aussi rapidement que le dit l'auteur.

Extraction de deux projectiles ayant pénétré dans l'intérieur du crâne. — M. Péan fait une communication sur deux cas de chirurgie cérébrale dans lesquels il a pu,

guidé par le procédé de M. Mergier pour les épreuves radiographiques, arriver à enlever une balle de revolver dont l'emplacement intracranien avait été déterminé d'abord par ce procédé. Le dispositif qu'emploie M. Mergier consiste à placer entre la région à radiographier et la plaque, deux fils métalliques se croisant à angle droit et donnant deux lignes perpendiculaires se croisant au milieu de l'épreuve. Ces deux fils croisent la région à radiographier en des points qu'on note exactement, si bien que lorsqu'on examine ensuite l'épreuve, en tenant compte des points notés, auxquels leur trajet correspond, on a, horizontalement et verticalement, une série de points de repère qui seront, pendant l'opération, d'une inappréciable utilité.

M. Le Dentu fait observer que le procédé de M. Contremoulin donne une précision presque mathématique pour de pareilles recherches. M. Péan répond que l'appareil de M. Mergier ne coûtant que 50 francs au lieu de 2.000 comme celui de M. Contremoulin, a ainsi un grand avantage et qu'en outre les indications qu'il donne semblent de grande valeur comme le prouvent les deux cas dans lesquels il y a eu recours.

Séance du 14 décembre. — Consacrée à la proclamation du résultat des concours de l'année 1897.

Séance du 21 décembre. — *Fracture de l'humérus guérie par le massage et la mobilisation immédiate.* — M. Lucas-Championnière présente un malade qui a été atteint d'une des plus mauvaises fractures de l'humérus exactement au-dessus de l'articulation du coude avec plusieurs fragments et mobilité dans tous les sens. Pendant les quatre premiers jours, le coude a été placé dans une gouttière. Au

cinquième, il n'a plus été soutenu que par une écharpe simple jusqu'au dix-huitième jour. Après dix-huit jours il n'était plus maintenu du tout.

Dès le premier jour, le malade a été massé et les douleurs cruelles de la fracture ont été rapidement atténuées.

Dès que le membre a eu une solidité qui paraissait devoir éviter toute déformation ultérieure, il a quitté l'hôpital le vingt-huitième jour, et ce malade a continué à être traité par le massage pour cette fracture grave à la consultation externe de l'hôpital. Le résultat est des plus satisfaisants. M. Lucas-Championnière dit qu'il ne présente pas ce malade parce que c'est un cas rare, mais parce qu'il est le type d'une série considérable. L'immobilisation ne favorise donc point la réparation des tissus et des organes, et le massage est la meilleure préparation et le meilleur complément d'uno mobilisation qui est propice à la réparation.

M. Sée est loin de nier l'utilité du massage dans les fractures, puisqu'il a préconisé et appliqué un mode de traitement qui est, dit-il, un massage perfectionné, c'est la compression élastique au moyen de la bande de caoutchouc.

M. Péan fait remarquer que le massage et la non immobilisation ne peut pas convenir à toutes les fractures, par exemple à celles qui sont obliques, articulaires et accompagnées d'un grand déplacement. Dans ces cas, ce mode de traitement favoriserait plutôt les pseudarthroses ou la formation de cals difformes.

M. Javal dit qu'on retrouve en Amérique cette tendance à remplacer l'immobilisation par la mobilisation dans le traitement de la cataracte,

M. Lucas-Championnière répond à M. Marc Sée que la bande élastique facilite bien la résorption des liquides

épanchés, mais moins que le massage, et qu'elle fait souffrir sans permettre la mobilisation, qui est très importante pour faciliter la formation du cal. Il dit à M. Péan qu'on ne peut pas rendre sa méthode responsable des cas dans lesquels elle a été mal appliquée. Enfin, il remercie M. Javal de venir à l'appui de son opinion.

Diagnostic précoce des affections tuberculeuses du thorax par la radioscopie. — M. Kelsch, de concert avec le Dr Boinon, a soumis depuis quelques mois à l'examen radioscopique la poitrine de jeunes sujets atteints d'affections plus ou moins bénignes, étrangères à la tuberculose. Leurs investigations ont porté sur 124 sujets, entrés à l'hôpital militaire de Lyon pour des affections médicales ou chirurgicales diverses, les affections tuberculeuses reconnaissables par les moyens de diagnostic habituel étant rigoureusement écartées. Ces 124 malades ont donné 73 résultats négatifs ; dans 51 cas on a relevé des anomalies diverses légères, mais réelles, se décomposant comme suit :

Diminution de la transparence à des degrés variables des 2 sommets. . .	25	fois
Diminution, etc. . . . 1 sommet. . .	16	—
Adénopathie bronchique bilatérale. . .	18	—
— — unilatérale .	22	—
Diminution de la transparence, opacité de la plèvre.	13	—
Diminution unilatérale des excursions diaphragmatiques de la moitié de la hauteur.	9	—
Diminution des 3/4 de hauteur.	4	—
— des 2 côtés de 1/4 de hauteur.	1	—

Ces résultats permettent d'affirmer qu'il existe fréquemment des lésions tuberculeuses latentes chez les jeunes gens et il y a tout intérêt à éliminer de l'armée ou à ne pas laisser y entrer ceux qui sont ainsi et qui deviendront une proie fatale pour la tuberculose.

M. Léon Collin fait remarquer l'importance de la communication de M. Kelsch qui corrobore ainsi son opinion sur la fréquence de la tuberculose latente chez les jeunes soldats.

Séance du 28 décembre. — Suite de la discussion sur la communication de M. Lucas-Championnière. — M. LÉON LABBÉ croit que la mobilisation peut être utile dans les fractures péri-articulaires, mais qu'il faut avoir recours à l'immobilisation dans les cas de fracture des diaphyses des os larges.

M. Lucas-Championnière répond que dans son traité du traitement des fractures il a eu soin de dire qu'on rencontre des cas dans lesquels les fragments ont une tendance à se déplacer de façon à constituer une difformité et qu'alors il faut avoir recours à l'immobilisation. Cette immobilisation n'est d'ailleurs pas toujours nécessaire puisque dans les fractures de certains os longs, les côtes, les fragments d'une côte cassée jouent l'un sur l'autre jusqu'à ce qu'il y ait un début de consolidation et cependant on ne constate jamais de pseudarthroses sur une côte.

Cicatrisation des conduits muqueux. — M. CORNIL a institué une série d'expériencs sur le chien et sur le lapin en vue d'étudier ce qui se passe lorsqu'on a incisé largement une cavité muqueuse en ayant soin de fixer les

lèvres de façon à maintenir cette plaie ouverte. Il a opéré sur la vésicule biliaire, les cornes utérines et l'appendice iléo-cæcal.

La conclusion qui se dégage de ses expériences est que les conduits ou réservoirs muqueux, lorsqu'ils sont ouverts largement, et autant que possible maintenus isolés, ont une tendance pour ainsi dire invincible à se reformer, à reconstituer leur forme de cylindre creux ou de cavité. Dans ce processus, les parties cicatricielles présentent, à l'intérieur des cavités muqueuses, les cellules de revêtement et les glandes qui y existent à l'état normal.

Radiographie de la main succulente syringomyélique. — M. Renault, de Lyon, présente des épreuves radiographiques d'une main de syringomyélique qui montrent que les altérations consistent dans la conservation des formes du squelette, la disparition de la bande articulaire, la transformation adipeuse des articulations et enfin la main légèrement en griffe.

Dr G. Nimier.

SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Pathogénie de l'appendicite. — II. Sur une variété spéciale de rachitisme. Lésions rachitiques similaires du squelette chez trois frères avec troubles locomoteurs graves et prolongés. — III. Pleurésie sèche bilatérale d'origine grippale. — IV. Pleurésie putride. — V. Bacille en navette ; nouveau microbe des angines. — VI. Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde. — VII. Atrophie de l'estomac a la suite d'un cancer du pylore. — VIII. Microbes du rhumatisme.

I

(*Séance du 27 novembre.*) — Tout le monde connaît les théories du professeur Dieulafoy sur la *pathogénie de l'appendicite.* MM. Dieulafoy et Caussade rapportent des expériences provenant du laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et démontrant : 1° l'exaltation de virulence des micro-organismes en cavité close appendiculaire ; 2° la toxicité des produits solubles élaborés dans cette cavité.

L'exaltation de la virulence des micro-organismes en cavité close appendiculaire avait déjà été démontrée par des expériences que MM. Hartmann et Mignot ont rapportées à la Société de chirurgie le 17 novembre dernier.

1° Exaltation de la virulence des micro-organismes contenus en cavité close appendiculaire.

Pour nos expériences, nous avons pris une appendicite oblitérante aiguë dans laquelle la cavité close était absolument séparée de la partie libre du canal appendiculaire. Nous avons ensemencé deux bouillons : l'un, bouillon n° 1,

avec une parcelle de liquide prélevée dans la partie du canal appendiculaire; l'autre, bouillon n° 2, avec une parcelle de liquide prélevée dans la cavité close. Ces bouillons ont été mis à l'étuve: ils contenaient du coli-bacille en quantité considérable. Nous avons choisi douze cobayes sensiblement de même poids et nous les avons séparés en deux séries de six. Les six cobayes de chaque série ont reçu, sous la peau du ventre, les uns 15 gouttes du bouillon n° 1, les autres 15 gouttes du bouillon n° 2 (les cultures étant vieilles de vingt-quatre heures). Toutefois, les douze cobayes n'ont pas été inoculés en même temps, ils ont été inoculés par série de deux, jour par jour, les dernières cultures employées étant vieilles de sept jours. Les cobayes inoculés avec le bouillon n° 1 (celui qui avait été ensemencé avec le liquide de la partie libre du canal) n'ont eu, au niveau de l'inoculation, qu'un petit noyau induré qui s'est résorbé en peu de temps, sans le moindre accident; tous sont restés en parfaite santé, tandis que les cobayes, parallèlement inoculés avec le bouillon n° 2 (celui qui avait été ensemencé avec le liquide de la cavité close) ont eu des abcès gangréneux; le pus de ces abcès contenait du coli-bacille pur, et tous ont fini par mourir infectés.

Les expériences de MM. Hartmann et Mignot et nos expériences sont absolument concluantes; qu'on mette en culture du coli-bacille prélevé dans la partie libre du canal appendiculaire, qu'on fasse des inoculations, et on n'obtient que des résultats nuls ou insignifiants; qu'on mette en culture du coli-bacille prélevé dans la cavité close, qu'on fasse des inoculations, et on provoque des abcès, de la gangrène, des suppurations généralisées et la mort de l'animal.

Peut-on douter encore du rôle pathogénique de la cavité close appendiculaire et de l'exaltation de virulence qui s'y produit?

2° Toxicité des produits solubles élaborés en cavité close appendiculaire.

Les expériences précédentes, si concluantes au point de vue de l'infection, ne donnaient aucun renseignement précis sur la toxicité des produits élaborés en cavité close appendiculaire.

L'appendicite, en effet, est une maladie terrible, non seulement parce qu'elle est infectieuse, mais aussi parce qu'elle est intoxicante. Pour en expérimenter la toxicité, il nous a suffi de filtrer les bouillons de culture qui nous avaient servi pour les expériences précédentes et de pratiquer des inoculations avec le liquide filtré, chargé de toxine, et privé de bacilles. Six cobayes ont été inoculés, trois avec le filtrat du bouillon n° 1, et trois avec le filtrat du bouillon n° 2. Chaque cobaye a reçu en injection sous-cutanée 20 gouttes de bouillon filtré, provenant de cultures datant de trois jours pour les cobayes inoculés le lundi, de quatre jours pour les cobayes inoculés le mardi, et de cinq jours pour les cobayes inoculés le mercredi. l'inoculation n'a provoqué, en aucun cas, ni abcès, ni induration. Les trois cobayes inoculés avec le filtrat du bouillon n° 1 (culture provenant du liquide de la partie libre de l'appendice) sont restés vifs et bien portants : sur les trois cobayes inoculés avec le filtrat du bouillon n° 2 (culture provenant de la cavité close), deux sont morts en cinq et six jours après l'inoculation; ils ne sont pas morts infectés, ils sont morts intoxiqués.

En résumé, nos expériences démontrent : 1° l'exaltation

de la virulence des micro-organismes en cavité close appendiculaire. A cet égard, elles concordent avec celles de MM. Hartmann et Mignot. 2° Nous nous sommes proposé de prouver la toxicité des produits élaborés en cavité close appendiculaire. A ce second point de vue, nos expériences sont absolument démonstratives. La cavité close est donc à la fois un foyer d'infection et un foyer de toxicité. L'appendicite est une maladie toxi-infectieuse.

Telle est la communication du professeur Dieulafoy. Cette communication démontre que la cavité close de l'appendice peut causer une appendicite grave, mais ne démontre pas que toutes les appendicites sont produites de cette manière. Il n'y a là qu'un des côtés de la question, qu'un des modes pathogéniques de cette affection.

II

M. Variot, en prenant son service en janvier 1897, trouva un petit garçon de 7 ans 1/2, Henri B..., considéré comme atteint de mal de Pott, parce qu'il avait une paraplégie complète ; en l'examinant, il reconnut une paralysie complète du mouvement des membres inférieurs, avec douleurs vives provoquées par les mouvements, sans anesthésie, sans atrophie musculaire, sans altération des réflexes rotuliens et sans paralysie des sphincters. L'absence complète de lésion du côté de la colonne vertébrale fit éliminer le mal de Pott. Cet enfant avait toujours marché difficilement, mais cette paralysie paraissait exister seulement depuis la rougeole que l'enfant avait eue en août 1896.

L'enfant avait aux radius, aux tibias et aux côtes des déformations rachitiques manifestes.

Le frère aîné de ce petit malade, Paul B..., âgé de

9 ans, présente aussi une grande faiblesse des jambes et des déformations rachitiques analogues ; il marche difficilement, les jambes écartées, les pieds tournés en dehors; pendant la marche, il présente un dandinement, un mouvement d'oscillation latérale singulier du tronc sur les hanches; il a eu la rougeole en même temps que son frère et cette maladie ne paraît pas avoir influé sur sa marche.

Un troisième frère, Victor B..., âgé de 6 ans, n'a jamais marché; il ne peut tenir sur ses jambes et les mouvements que l'on veut imprimer à ses membres inférieurs provoquent des douleurs très vives; il présente les mêmes déformations rachitiques, mais plus marquées que chez ses frères.

Un traitement au phosphate de chaux, des bains salés, une alimentation composée de lard, de viande crue, d'œufs à la coque, de potages au riz a amené une amélioration assez sensible.

M. Variot considère que ces trois enfants ont été atteints d'une variété spéciale de rachitisme; il s'appuie sur les altérations du squelette et sur l'amélioration très rapide amenée par le phosphate de chaux et le régime.

Il trouve difficile à interpréter les troubles moteurs présentés par ces trois malades : difficulté de la marche chez l'aîné, paraplégie chez le second, retard considérable dans la marche chez le troisième. L'examen de la contractilité électrique musculaire a démontré l'intégrité de cette fonction et permet de mettre la moelle épinière hors de cause; M. Variot se demande s'il ne s'agit pas de névrites périphériques.

M. Marie, qui a examiné les petits malades de M. Variot, croit qu'ils sont atteint d'une affection non encore décrite.

III

M. MOREL-LAVALLÉE signale une variété de *pleurésie sèche bilatérale* qu'il lui a été donné d'observer assez fréquemment dans ces dernières années et qui lui paraît liée à la grippe.

Cette affection, si légère parfois qu'elle reste latente, évolue toujours sans fièvre, sans altération de l'état général, avec conservation de l'appétit et des forces; elle peut, dans les cas intenses, déterminer des douleurs extrêmement vives. Elle peut évoluer en quelques jours ou persister pendant longtemps; ce qui paraît assez particulier, c'est qu'elle siégerait fréquemment des deux côtés de la poitrine et souvent en des points absolument symétriques.

Elle serait toujours précédée d'un catarrhe grippal initial, quelquefois extrêmement léger.

Ce qu'il y a lieu d'établir dès aujourd'hui c'est que la pleurésie sèche bilatérale, qui était considérée jusqu'à présent comme ne se développant que sous l'influence de la tuberculose, peut aussi survenir comme phénomène consécutif à la grippe; qu'elle a, au moins jusqu'à présent, paru une affection bénigne, curable et sans influence néfaste sur l'état général du malade. Est-elle une manifestation bénigne de la tuberculose? L'épreuve par la tuberculine pourrait seule répondre à cette question.

L'intérêt de cette communication, est de signaler ces faits nouveaux qui seront certainement étudiés ultérieurement.

M. R CHARDIÈRE a soigné un malade qui a eu il y a plusieurs années une grippe grave, depuis laquelle il conserve une pleurésie sèche avec frottements pleuraux, sans que

rien lui révèle d'ailleurs la persistance de ces signes physiques.

IV

M. Courtois-Suffit rapporte à la Société une observation de pleurésie putride très semblable à celle que M. Widal a communiquée dans la précédente séance.

Il s'agit dans ce nouveau cas d'un homme de 23 ans, entrant à l'hôpital avec les signes ordinaires d'une pleurésie aiguë droite à épanchement moyen.

Rien dans l'ensemble des symptômes observés ne pouvait un seul instant faire songer à l'existence d'un épanchement purulent. Après une dizaine de jours, le liquide ayant une tendance manifeste à augmenter, et les signes généraux paraissant devenir plus graves, la thoracentèse fut pratiquée et donna issue à un litre de liquide purulent d'une extrême fétidité.

Le surlendemain de la ponction, existait du côté de l'épanchement, un vaste gonflement rougeâtre de la peau, commençant environ à un centimètre au-dessous du point d'entrée du trocart et produit par une infiltration de gaz et de pus dans le tissu cellulaire sous cutané du thorax.

L'opération de l'empyème fut pratiquée, la plèvre lavée avec une solution de permanganate de potasse. La mort survint quelques jours après.

L'autopsie permit de remarquer qu'il n'existait aucune trace de gangrène, ni sur le poumon, ni sur la plèvre.

Les recherches bactériologiques démontrèrent à l'examen lamellaire une très grande quantité de germes, en même temps que la stérilité absolue de tous les milieux de culture ensemencés directement avec le pus.

M. Achard a observé un cas qui peut être rapproché aussi de celui de MM. Widal et Nobécourt. Il s'agit d'un jeune médecin qui eut une pleurésie droite ayant nécessité plusieurs ponctions qui ramenèrent un pus fétide. Il se développa au niveau des ponctions un abcès gazeux. L'empyème fut pratiqué par M. Villemin et le malade guérit.

Il s'agit donc d'un pyothorax avec développement de gaz fétide, sans rien qui rappelle la gangrène pulmonaire. Ce fait montre l'utilité de l'intervention quelle que soit la gravité de l'état général.

V

M. Barbier décrit un nouveau microbe découvert dans les fausses membranes du pharynx, un bacille court, le *bacille en navette*, qu'il distingue du bacille diphtéritique très long et des autres variétés de bacilles courts. Ce bacille a été trouvé dans des cas « d'angines à caractères douteux, les unes sans fausses membranes, les autres avec quelques exsudats d'aspect fibrineux, peu étendus, ne semblant pas subir cette action du sérum, si merveilleuse dans les diphtéries typiques. » Dans 3 cas, où l'on a trouvé aussi ce bacille en navette, l'angine avait bien les caractères de la diphthérie, mais en même temps que ce bacille, il existait du bacille diphthéritique vrai.

Voici les caractères de ce bacille.

Le bacille court en navette est un bacille plus court, plus large que le bacille diphthérique. Ses extrémités sont amincies, d'où un aspect ventru, *en navette*. Il se présente sous le microscope en amas, et par masses où quelques-uns se rangent parallèlement entre eux. Il est uniformément coloré, ne présente pas les grains de coloration

propres au bacille diphthérique, en particulier cette coloration des extrémités à l'exclusion du centre qu'on remarque dans les formes courtes du bacille diphthérique et que Lœffler avait signalée. Il prend plus fortement les matières colorantes; traité par le Gram, il reste coloré en violet noir foncé et tranche sur le bacille diphthérique plus pâle.

Dans le bouillon, sur agar, le bacille s'allonge et tend à prendre l'aspect et la disposition du bacille parallèle ou moyen.

L'inoculation aux animaux a toujours été négative.

VI

(*Séance du 10 décembre.*) — M. LOUIS GUINON rappelle que la *contagion hospitalière de la fièvre typhoïde* est très rare et qu'elle a été niée. Il vient d'en observer trois cas incontestables à l'hôpital des Enfants-Malades. Ils concernent trois garçons de 5, 6 et 12 ans qui avaient été admis à l'hôpital respectivement pour une poliomyélite aiguë, pour un purpura simple récidivant, pour une bronchite; ils présentèrent les premiers signes de l'infection typhique quarante, vingt-deux et quarante jours après leur entrée. Tous trois guérirent après des accidents variés, au bout de deux ou trois semaines. Ils avaient présenté une séro-réaction nettement positive.

A ce moment régnait une épidémie violente de fièvre typhoïde et la salle qu'occupaient les enfants contenait des cas graves que l'on traitait par les bains. Cette salle qui remplaçait momentanément la salle ordinaire en réparation, était mal aérée, mal éclairée et encombrée.

VII

(*Séance du 24 décembre.*)—M. Caussade a observé récemment, avec M. Rénon, un malade âgé de 62 ans qui a succombé à un cancer de l'estomac. A l'autopsie, on a constaté que cet organe était le siège d'une atrophie si prononcée qu'il avait à peine les dimensions du côlon transverse. Il existait, en outre, au niveau de la région pylorique une tumeur squirrheuse qui avait détruit presque complètement le sphincter. Enfin les autres viscères (foie, reins, rate, intestin, grêle, etc.) présentaient une atrophie rappelant celle de l'estomac.

L'atrophie gastrique était due dans ce cas au fait que, par suite de la suppression du sphincter pylorique, les aliments se rendaient dans le duodénum sans séjourner dans l'estomac : cet organe était ainsi devenu un simple lieu de passage, ne jouant plus vis-à-vis des aliments qu'un rôle mécanique.

VIII

M. Triboulet a examiné avec M. Coyon le sang de 5 malades atteints de rhumatisme.

Dans ces 5 cas, ils ont pu isoler et cultiver un micro-organisme spécial, un diplocoque complètement différent du bacille d'Achalme.

Ce microbe est un coccus oblong, toujours réuni par paire, se présentant quelquefois en culture sous forme de longues chaînettes de points doubles. Ses dimensions sont de 1 μ 5 à 2 μ. C'est un anaérobie facultatif pour lequel le bouillon de viande et le sérum d'ascite paraissent être les meilleurs milieux de culture. Il se colore facilement par la thionine et les autres colorants ; il ne se décolore pas par la méthode de Gram.

Dans deux cas seulement de rhumatisme grave et compliqué, ce microbe coexistait avec celui d'Achalme ; on le rencontrait seul dans les cas de rhumatisme franc, bénin.

Sans être autorisés à affirmer dès maintenant que ce coccus est l'agent pathogène du rhumatisme articulaire aigu, ils pensent, en tous cas, que ce rôle n'est pas dévolu au bacille d'Achalme ; celui-ci est bien plutôt un élément contingent en rapport avec les différentes complications du rhumatisme.

D[r] MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

GUÉRISON D'UN CHANCRE PHAGÉDÉNIQUE PAR UNE SOLUTION FAIBLE DE CHLORURE DE ZINC (D[r] L. DEJAGE).

M. Balzer rapporte l'histoire d'un malade atteint d'un chancre phagédénique, apparu presque immédiatement après le rapport sexuel. Les premiers traitements échouèrent, en particulier des irrigations continues avec des solutions de chlorure de zinc à 1/100. Une éruption de roséole étant survenue, M. Balzer établit un traitement spécifique intensif, avec des injections mercurielles. Aggravation de l'état général. Après un séjour en Bretagne, amélioration de l'état général. Mais l'état local reste le même. Retour à Paris, pansement à l'iodoforme, puis irrigations chaudes sans succès. Sur les conseils de M. Gaucher, emploi de solutions très faibles de chlorure

de zinc ; sous leur influence, le phagédénisme s'arrête, la lésion se cicatrise, et, ce qui montre bien que l'amélioration était due au titre très faible de la solution, le malade ayant essayé, pour aller plus vite, d'une solution plus forte, la cicatrisation s'arrête jusqu'à ce qu'on prenne la solution faible. (*Médecine moderne*, 17 nov.)

UN CAS D'HÉMOPHILIE TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LE CORPS THYROÏDE

Une dame O... est atteinte depuis deux ans d'une hémophilie qui l'a réduite à un excessif état d'anémie.

Lorsqu'elle se présente à mon examen, le 4 octobre, elle me dit avoir été soumise aux traitements les plus divers et les plus énergiques.

Le facies est exsangue, les muqueuses absolument décolorées, les gencives saignent abondamment au moindre attouchement. Les jambes, les bras, le corps, sont couverts de taches de purpura. A chaque époque menstruelle le sang s'écoule avec une inquiétante abondance, et les règles durent en moyenne de douze à quatorze jours. La malade a heureusement conservé un assez bon appétit.

Comme traitement, elle a usé de tous les hémostatiques. Son mari, homme intelligent, avait été chargé par le médecin traitant de pratiquer des injections d'ergotine répétées. Mais rien n'y faisait, et les hémorragies se continuaient avec profusion, anémiant de plus en plus la patiente.

Me fondant sur certaines observations faites à propos de l'action du corps thyroïde ingéré sur les métrorragies, je prescrivis à cette dame des capsules de corps thyroïde Vigier, la difficulté de se procurer le corps thyroïde en

nature ne me permettant pas l'emploi de la glande fraîche. Cette forme capsulaire est de reste d'un maniement commode et utile aux médecins qui à la campagne ne peuvent se procurer des glandes fraîches.

Ma patiente prit régulièrement 3 capsules par jour, à partir du 5 octobre. Le 12 octobre ses règles parurent. Au lieu de perdre du sang pendant douze jours, comme aux époques précédentes, la malade ne perdit que quatre jours d'une façon modérée. Dès le 18 octobre, les pertes de sang par les gencives disparurent.

Le 27 octobre, la malade, dont le poids n'avait diminué que de 400 grammes, me disait n'avoir plus eu une seule hémorrhagie depuis ses règles. Les taches purpuriques avaient disparu; les gencives s'étaient raffermies. Une teinte rosée commencait à recolorer le visage. La patiente ne se plaignait plus que de palpitations légères. Elle n'a pas dépassé jusqu'à présent la dose de 3 capsules par jour.

Cette courte observation, ne donnant que la rapide succession des faits cliniques, montre que le corps thyroïde exerce une action encore inconnue sur la plasticité du sang. (*Médecine moderne*, 1er déc.)

TRAITEMENT DE L'ASTHME PAR LE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE.

Le fait que le sérum antidiphtérique facilite la chute des fausses membranes et établit à la surface des muqueuses un courant osmotique dirigé de dedans en dehors, fait qui a déjà été utilisé avec succès pour le traitement de l'ozène, a suggéré à M. le Dr L. Revilliod, professeur de clinique médicale à la Faculté de Méde-

cine de Genève, l'idée d'employer ce sérum contre l'asthme bronchique.

Notre confrère a eu l'occasion d'expérimenter ce mode de traitement chez 7 sujets âgés de vingt-quatre à cinquante-six ans et qui étaient asthmatiques depuis une période de temps variant de six mois à quarante-quatre années.

Les résultats qu'il a obtenus sont très favorables : 3 patients se trouvent complètement guéris et les 4 autres sont plus ou moins améliorés.

Dans ces cas les injections de sérum antidiphtérique ont toujours été faites à la dose de 10 grammes. La première injection amena une atténuation des symptômes ; cette atténuation, d'abord passagère, s'accentuait à chaque nouvelle administration de sérum ; les injections pouvaient être ainsi pratiquées à des intervalles de plus en plus éloignés. Le nombre total d'injections nécessaires pour obtenir la guérison ou l'amélioration a été de 3 à 10 et la durée du traitement a varié de cinq jours à cinq mois.

Ces résultats ne peuvent être attribués à une simple coïncidence ou à ces périodes d'accalmie qui s'intercalent naturellement entre les attaques d'asthme, attendu qu'il s'agissait, chez les malades de M. L. Revilliod, d'accès sinon graves, du moins intenses et rapprochés au point de provoquer un état dyspnéique permanent avec râles sibilants étendus. D'autre part, les sujets guéris sont jusqu'ici indemnes de nouveaux accès d'asthme.

L'usage du sérum antidiphtérique paraît donc constituer un moyen de traitement de l'asthme qui mérite d'autant plus d'attirer l'attention des praticiens qu'il est fort simple et tout à fait facile à employer. (*Semaine Médicale du 1er Décembre.*)

EFFETS FAVORABLES DU SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LE CANCER

L'expérience clinique a montré que ce sérum, outre son action spéciale sur la diphtérie, peut encore influencer favorablement des affections qui ne relèvent pas du bacille de Löffler, telles que l'ozène et l'asthme bronchique. A ces faits il convient d'ajouter que, d'après les observations de M. le docteur H. McCallum, professeur de physiologie et lecteur de médecine clinique à la Western University de London (Canada), le sérum antiphtérique modifierait parfois avantageusement les symptômes locaux et généraux chez les tuberculeux et les cancéreux. C'est ainsi que, sous l'influence d'injections de ce remède répétées à des intervalles variables, notre confrère a vu dans la phtisie les signes locaux de l'affection pulmonaire s'amender, des hémoptysies rebelles s'arrêter, l'enrouement diminuer et l'état général s'améliorer. D'autre part, dans les cas de cancer ce même traitement a amené une diminution du volume des masses néoplasiques et des adénites concomitantes. (*Semaine médicale*, 15 *décembre*.)

TRAITEMENT DES ADÉNITES NON SUPPURÉES PAR LES INJECTIONS D'IODOFORME.

M. le Dr R. Hammerschlag (de Schlan), conseille de traiter les adénites chroniques non suppurées, chez les sujets strumeux, par des injections d'une émulsion d'iodoforme dans la glycérine, pratiquées dans l'épaisseur des ganglions tuméfiés. Les injections iodoformées sont d'un usage courant dans le traitement des adénites tuber-

culeuses suppurées, mais jusqu'à ce jour elles ne paraissent pas avoir été utilisées d'une façon systématique contre les hypertrophies ganglionnaires chroniques n'ayant pas encore subi la fonte purulente.

Voici comment M. Hammerschlag a coutume de procéder :

Le sujet étant couché, on rase et on nettoie le champ opératoire, puis on insensibilise, au moyen d'injections de cocaïne, les tissus superficiels et profonds au voisinage du ganglion le plus volumineux. L'opérateur saisit ensuite ce ganglion, l'attire fortement à lui, d'une part pour l'éloigner autant que possible des gros vaisseaux et, d'autre part, pour bien tendre la peau qui le recouvre ; il injecte alors dans l'épaisseur de la glande 1 à 2 c.c. de glycérine iodoformée à 5 p. 0/0, au moyen d'une aiguille assez large pour laisser passer facilement le liquide médicamenteux, lequel est de consistance épaisse et visqueuse. Il faut un effort assez considérable pour pénétrer à travers la peau ; mais, le derme une fois franchi, la résistance diminue brusquement. Aussi, pour éviter de trop enfoncer l'aiguille, aura-t-on soin de n'opérer que la main droite reposant par l'éminence hypothénar sur un point d'appui quelconque, tout en continuant à maintenir le ganglion solidement fixé par les doigts de la main gauche tant que dure l'injection. Celle-ci une fois terminée, on arrête, en comprimant avec un tampon d'ouate, la petite hémorrhagie que peut provoquer la piqûre, et on ferme l'orifice de ponction avec un morceau d'emplâtre salicylé.

L'injection provoque des douleurs parfois assez intenses, qui s'irradient dans la région cervicale mais se dissipent au bout d'une demi-heure environ. Au niveau du point injecté, on ne constate le lendemain qu'un peu

de tuméfaction, de rougeur et de sensibilité à la pression, puis tout rentre dans l'ordre.

Les injections sont répétées à des intervalles de huit à quinze jours. Chez les malades de M. Hammerschlag, elles ont amené une diminution rapide des tumeurs ganglionnaires volumineuses, qui n'étaient plus apparentes après quatre à sept injections.

Jamais ces piqûres n'ont déterminé ni suppuration ni aucun autre accident. Elles paraissent donc constituer, pour le traitement des adénites chroniques non suppurées, un procédé essentiellement pratique et de beaucoup supérieur aux injections intraparenchymateuses de teinture d'iode, qui ont été également préconisées contre les hypertrophies ganglionnaires, mais qui offrent précisément l'inconvénient de provoquer dans nombre de cas la formation d'abcès. (*Semaine médicale*, 29 *décembre*.)

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR DES INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL.

Il est quelquefois très difficile au début de la tuberculose de faire un diagnostic positif ; l'examen bactériologique des crachats peut être impossible à ce moment ; les injections de tuberculine de Koch sont redoutées à juste titre ; M. le Dr Sirot, de Beaune, mettant en pratique une communication de M. Hutinel sur les élévations de température survenues chez les enfants tuberculeux à la suite des injections de sérum artificiel, a essayé les injections de sérum chez dix malades de son service, tous apyrétiques ; chez cinq on a observé une fièvre plus ou moins vive ; chez les cinq autres il n'y a eu aucune réaction fébrile.

Chez les sujets du premier groupe la constatation du bacille de Koch et l'examen clinique ultérieur ont prouvé l'existence de la tuberculose pulmonaire, sauf chez un seul malade où le diagnostic est resté obscur. Inversement, chez les cinq individus appartenant à la seconde catégorie, l'absence de toute lésion pulmonaire fut démontrée par l'observation prolongée des patients et le résultat négatif de l'analyse bactériologique des crachats.

Pour les injections, M. Sirot se sert indifféremment d'une des solutions suivantes :

Chlorure de sodium.	5	grammes.
Sulfate de soude.	10	—
Eau distillée.	1	litre.

Chlorure de sodium.	6	grammes.
Sulfate de soude.	10	—
Sulfate de magnésie.	2	—
Eau distillée.	1	litre.

L'injection est pratiquée sous la peau de l'abdomen, un peu à droite au-dessous de l'ombilic, à la dose de 20 centimètres cubes chez les adultes ou les adolescents.

S'il s'agit de sujets indemnes de tuberculose pulmonaire, on n'observe aucune élévation du degré thermique pendant les neuf heures qui suivent l'injection.

Par contre, chez les tuberculeux qui sont *apyrétiques*, on voit, dans le courant des neuf heures consécutives à l'injection, la température devenir fébrile et atteindre un maximum variant de 38° à 39°,6, puis, en l'espace de vingt-quatre heures, reprendre définitivement son niveau normal. L'injection est donc inoffensive. (*Semaine médicale*, 10 nov.)

L'EAU OXYGÉNÉE DANS LE TRAITEMENT DU PSORIASIS.

Dans un cas de psoriasis généralisé, datant de plus d'un an, chez un homme âgé d'une quarantaine d'années, M. le docteur E. Luton, médecin des hôpitaux de Reims, a obtenu un beau succès par des lavages et des injections hypodermiques pratiqués avec de l'eau oxygénée à 20 volumes.

Notre confrère débuta par de simples lavages de la face antérieure de la cuisse gauche, les autres parties du corps devant servir de terme de comparaison. Quelques jours après, on put constater un changement manifeste dans l'état du membre sur lequel on expérimentait : l'exfoliation diminua notablement, devint furfuracée, et bientôt même quelques îlots de peau saine apparurent.

S'étant rendu compte que l'action de l'eau oxygénée n'était pas exclusivement locale, mais qu'au contraire le psoriasis avait également tendance à s'améliorer sur les autres parties du corps, M. Luton n'hésita pas à administrer le bioxyde d'hydrogène par la voie hypodermique, sous la forme d'un *sérum oxygéné* ainsi composé :

Solution de phosphate de soude à 10 p. 100.	75 grammes.
Eau oxygénée à 20 volumes	25 —

Mêlez. Pour injections sous-cutanées.

Dès la première injection de 1 centimètre cube de ce sérum faite au lieu d'élection, l'état du malade s'amenda rapidement : l'éruption se mit à rétrocéder à vue d'œil, l'appétit et les forces revinrent en même temps que se dissipait une céphalalgie persistante dont le sujet souffrait auparavant. Après trois autres injections pratiquées à quatre jours d'intervalle sans cesser les grands lavages à

l'eau oxygénée, le patient put quitter l'hôpital complètement guéri de son psoriasis. (*Semaine médicale*, 10 novembre.)

BIBLIOGRAPHIE

PHARMACOPÉE HOMŒOPATHIQUE FRANÇAISE

Cet ouvrage important vient de paraître (1) il se divise en deux parties : la première, qui traite des modes de préparation (teintures mères et triturations des substances végétales ; teintures mères et triturations des substances animales ; préparations des substances minérales et des produits chimiques), des atténuations et des véhicules servant à nos préparations ; la seconde, qui passe en revue toutes les substances végétales, animales et minérales, en indiquant successivement, les divers noms sous lesquels on les connaît, leur habitat, leurs caractères, leur mode de préparation ; un appendice donne même le mode de préparation des produits organiques, tels que la thyroïdine, etc.

Nous croyons devoir reproduire la préface, qui donnera un aperçu de l'esprit de cette publication.

Dans un mémoire présenté au congrès homœopathique international, tenu à Paris au mois d'août 1889, M. Ecalle proposait la nomination d'une commission de pharma-

---

(1) *Pharmacopée homœopathique Française*, rédigée sous le patronage de la *Société Française d'homœopathie*, par MM. Ecalle, Delpech, et Peuvrier, pharmaciens, avec la collaboration des Drs Marc Jousset et Léon Simon, 1 vol. in-8° de 400 p., chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

cologie. Cette commission devait avoir pour but, d'abord de fixer certains points litigieux, et surtout de « mettre à l'étude une *nouvelle pharmacopée homœopathique*, plus en rapport avec le progrès de la science. »

Le congrès renvoya ce projet à la Société Française d'homœopathie, qui le discuta et nomma une commission composée des Drs Marc Jousset et Léon Simon, et de MM. Bourdet, Ecalle et Ptotruzinski, avec mandat de publier une *nouvelle phar-macopée.*

Depuis, MM. Bourdet et Piotruzinski ont été remplacés par MM. Lud. Delpech et Aug. Peuvrier.

C'est l'œuvre de cette commission que nous publions aujourd'hui.

La publication d'une *Pharmacopée homœopathique* et surtout d'une *nouvelle pharmacopée homœopathique*, a-t elle sa raison d'être? oui, certes. Notre pharmocologie homœopathique diffère de la pharmacologie ordinaire par plusieurs points : elle ne prépare que des drogues simples, obtenues dans le plus grand état de pureté possible ; de plus, le procédé de la dilution et de la trituration dans un véhicule investi, constitue une branche tout à fait originale de l'art du pharmacien ; il est important de déterminer le véhicule qui convient le mieux à chaque corps, la manière de les incorporer l'un à l'autre, la proportion du médicament relativement au véhicule et la durée de l'opération.

Ce procédé réduit nos médicaments à un état de division extrême et a des doses d'une petitesse telle que notre imagination à peine à les concevoir, et que les procédés d'analyse les plus délicats ne peuvent les faire constater par nos sens. Ces doses, appelées *infinitésimales*, nous ont attiré bien des moqueries. Ces moqueries ne seraient plus

de mise aujourd'hui que tous les médecins emploient souvent des doses aussi réduites que les nôtres. Quelle est, en effet, la dose de toxine anti-rabique, contenue dans les moelles qui servent aux inoculations de Pasteur, sinon une dose comparable aux doses infinitésimales.

La même remarque peut être faite pour le sérum antidiphtérique de Roux ?

Les doses infinitésimales ne sont donc pas ridicules ; la plupart des médecins homœopathes leur doivent leurs succès thérapeutiques ; il est donc nécessaire que les pharmaciens connaissent exactement la manière de les préparer. C'est ce que leur enseigne la *Pharmacopée homœopathique*.

Il a existé en France deux œuvres analogues : la *Pharmacopée homœopathique* de Jahr et Catellan, le *Codex des médicaments homœopathiques* de Weber, qui sont peut être les plus anciennes publications sur ce sujet, et qui traitent magistralement toutes les questions qui se rattachent à la préparation de nos médicaments ; mais elles sont déjà anciennes, et un grand nombre de médicaments sont entrés depuis dans la pratique.

Il était donc nécessaire de les introduire dans la pharmacopée homœopathique.

Hahnemann, qui, pour son temps, était un chimiste très distingué et très minutieux, a fixé en termes précis, la préparation de tous les médicaments qu'il a expérimentés ; notre travail est absolument conforme à ses indications, mais nous avons ajouté tous les nouveaux médicaments appliqués depuis lors.

Le mode de préparation des teintures, le mode de préparation des atténuations, a été discuté et voté pour la

Société Française d'Homœopathie, dont la commission n'est ici que l'interprète.

Nous pensons que les médecins, comme les pharmaciens, ont besoin de connaitre le mode de préparation des médicaments qu'ils emploient.

INSTITUT CATHOLIQUE

RUE D'ASSAS, 19.

Les mardis 1er et 8 février, à 5 heures, M. le Dr Jousset père traitera :

Dans la première conférence : *Du rôle des microbes dans la production des maladies* et *dans leur guérison.*

Dans la seconde conférence : *Du rôle des microbes dans la contagion de la phtisie et dans son traitement.*

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

FÉVRIER 1898

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DES MICROBES, DE LEUR ROLE DANS LE MONDE ORGANISÉ, DANS LA GENÈSE ET LA GUÉRISON DES MALADIES.

Notre collaborateur, le Dr Jousset père, a fait le 1er février 1898, dans l'amphithéâtre de l'Institut Catholique, une première conférence sur le sujet qui sert de titre à cet article. Cette conférence sera publiée dans le journal de l'Institut Catholique, mais nous avons fait ce compte-rendu analytique pour nos lecteurs.

Le professeur définit le microbe, un végétal monocellulaire, visible seulement au microscope et *privé de chlorophylle*. Après des généralités sur le microbe, ses formes, sa couleur, sa respiration, sa reproduction, ses mouvements, il revient à propos de la nutrition des microbes sur le caractère négatif qu'il a fait entrer dans sa définition : *végétal privé de chlorophylle.*

« Je crois pouvoir me permettre de vous rappeler en quelques mots, ce que c'est que les végétaux à chlorophylle. Ce sont les végétaux ordinaires ; ils ont des cellules de chlorophylle. et c'est pour cela qu'ils sont verts ; ainsi l'herbe des champs, les arbres des forêts, et tous les végétaux que nous connaissons. Cette chlorophylle a une propriété extrêmement importante. Quand elle est sous l'in-

fluence des rayons solaires, elle a la propriété de décomposer l'acide carbonique, elle laisse échapper l'oxygène et absorbe le carbone qui sert de nourriture à la plante. De même la plante verte non seulement prend le carbone à l'acide carbonique, mais à l'eau elle prend l'hydrogène, aux sels d'ammoniaque qui sont en dissolution ou qui sont répandus dans les gaz elle prend l'azote ; elle emprunte encore à la nature du soufre, du phosphore, de la chaux, du fer. Ainsi vous voyez qu'en somme, la plante verte, la plante à chlorophylle a pour fonction de prendre dans le monde inorganisé, les corps simples, de les transformer par un travail qui lui est propre, en corps organisés, et de cette manière-là, les végétaux fabriquent la nourriture pour tous les êtres vivants. Les herbivores mangent les végétaux ; les carnivores les herbivores, et l'homme, qui a toutes les supériorités, toutes les suprématies, mange l'herbivore, le carnivore et le végétal. »

Mais si on prend toujours et qu'on ne remette jamais, la provision finit par s'épuiser. Vous voyez que les végétaux à chlorophylle puisent incessamment dans le monde inorganique tous les corps simples. Nous allons voir le rôle des microbes, il est absolument inverse.

Le microbe n'ayant pas de chlorophylle ne peut pas décomposer l'acide carbonique ; il ne peut pas vivre comme fait le végétal à chlorophylle. Il lui faut une nourriture toute faite ; il lui faut des composés ternaires, de l'albumine, des sucres, des amidons. Il décompose ces corps et les rend au monde inorganique.

La putréfaction est une succession d'actes, qui s'opèrent à l'aide de flores successives de microbes, et qui a pour dernier terme, la transformation des déchets et des cadavres des êtres organisés en nitrates alcalins. Or, ces ni-

trates peuvent être absorbés par les végétaux à chlorophylle et rentrer dans le monde organisé. Le circuit vital est ainsi terminé.

« Eh bien, c'est un beau spectacle que celui de ce circuit vital, cette organisation qui fait, en somme, que, les végétaux, les animaux de toutes sortes, une fois morts, à l'état de cadavres, les déchets qu'ils laissent sont utilisés pour rentrer dans le grand approvisionnement de la vie inorganique où, de nouveau, ils sont repris pour rentrer dans la vie, et je trouve que ce circuit vital est un spectacle digne de notre admiration. »

Monsieur le Dr Jousset arrive ensuite à l'histoire des microbes pathogènes. Il expose qu'au début de cette science nouvelle on croyait qu'à chaque espèce morbide correspondait un microbe pathogène, comme à chaque espèce végétale correspond une graine. Sous l'empire de cette doctrine, les microbes pathogènes étaient la cause des maladies infectieuses ; il n'y avait plus de maladies de causes internes.

Cette erreur a fait son temps et aujourd'hui on peut aborder l'étude du rôle véritable du microbe dans la production des maladies.

La cause, dit le Dr Jousset, est *ce qui fait qu'une chose est*, en sorte que la cause étant l'effet existe, et la cause absente l'effet n'est point.

Le conférencier examine ensuite le rôle étiologique du microbe en le comparant à la cause telle qu'il vient de la définir.

Il établit d'abord que l'état pathogène, la virulence, est une propriété accidentelle. Cette propriété ne tient pas à la nature du microbe. Ce n'est pas vrai, il n'y a pas de microbes pathogènes. Il y a des microbes qui sont doués de virulence,

mais ce même microbe que vous appelez pathogène, je vais vous le montrer tout à l'heure, à l'état saprophyte. Ainsi prenez le microbe du charbon, chauffez-le à un certain degré, de manière qu'il ne puisse plus sporuler, et ensuite avec le chauffage vous le réduirez à l'état de saprophyte, il ne produira plus le charbon, et réduit à cet état il pourra se propager et se propagera comme saprophyte, c'est-à-dire que les microbes qui naîtront de lui n'auront plus de virulence. « Vous voyez donc bien que, dans cet exemple, la qualité de pathogène n'est pas inhérente à la nature des microbes. C'est un accident. Il en est de même pour le bacille de la diphtérie qui peut devenir saprophyte, et d'autres microbes encore. Quand je pense que vous avez en vous le bacille de la pneumonie et que vous n'avez pas la pneumnnie ; que vous avez le microbe de la fièvre typhoïde et que vous n'avez pas la fièvre typhoïde ! Vous avez tous les microbes pathogènes en vous, mais à l'état saprophyte.

« J'ajoute qu'on peut, par certaines mesures, arriver à augmenter la virulence des microbes, en les faisant passer, par exemple, par 10, 12, 15 inoculations successives ; on peut également diminuer cette virulence de la même manière, en prenant d'autres animaux ; on diminue surtout très facilement la virulence par l'exposition à la lumière, par le soleil, par la chaleur surtout. Donc l'état pathogène n'est qu'un état accidentel.

« Autre chose. Je vous disais tout à l'heure : La cause étant là, l'effet ne se produit pas. Eh bien, ce n'est pas toujours le même microbe qui produit la même maladie. Il n'y a donc pas relation de cause à effet. Prenons la pneumonie. Elle est ordinairement produite par le pneumocoque, mais elle est aussi produite par le staphyloco-

que, par le bacille d'Ebert, par la bacillum coli, et enfin j'ai trouvé le bacille de la diphtérie comme lésion de la pneumonie. Voilà donc une espèce morbide qui peut être engendrée par cinq microbes différents.

« L'inverse est vrai également. Prenez le bacillum coli, il donne la diarrhée ; je crois même qu'il donne la fièvre typhoïde, mais il donne des endocardites, des pneumonies, des angines et des méningites. Nous n'avons donc pas ici le rapport qui existe habituellement entre un effet et une cause.

« Mais j'arrive au point important, à la démonstration principale : c'est que, si ces microbes pathogènes étaient des causes, ils produiraient toujours leur effet. Eh bien, l'expérimentation va nous montrer des faits qui prouveront que le microbe n'agit, en somme, que quand l'organisme le veut bien. Nous prenons toujours, pour faire nos expériences, ce que nous appelons des *cultures pures*, car vous comprenez, si nous prenions le microbe tantôt ici, tantôt là, celui-ci serait trop fort et celui-là trop faible et les résultats ne seraient pas comparables. Mais, comme nous voulons que les effets soient comparables, nous prenons ce que nous appelons des cultures pures, c'est-à-dire des bouillons dans lesquels nous avons élevé des microbes, bouillons qui ont une date précise. Eh bien, toutes les fois que vous prenez dans le bouillon quelques gouttes ou quelques centimètres, quelques millimètres de cette substance, vous prenez toujours le poison au même degré. Voilà une première chose. Eh bien, voici ce qui va se passer. Prenez pour exemple la culture du tétanos ; si j'injecte un cheval ou une souris, cette culture produit le tétanos à coup sûr ; mais si je l'injecte à un chien, à une poule, à un pigeon, je ne produirai rien du tout. Ainsi

voilà cette cause, très puissante tout à l'heure, qui ne produit plus rien.

« La diphtérie. Le cobaye est l'animal réactif pour reconnaître la diphtérie. La diphtérie le tue en quelques heures. La souris et le rat supportent ces inoculations de diphtérie comme si on ne leur donnait rien du tout.

« La morve qui tue les solipèdes, les cobayes, les lapins, les souris des champs et beaucoup d'autres animaux, est sans aucune influence sur les bovidés. Je prends maintenant un autre exemple, parce que je pourrai vous montrer là des nuances. C'est la tuberculose. Je prends une culture très virulente de tuberculose ; je prends trois lots d'animaux tout à fait différents, le cobaye, le lapin et la chèvre ; je les inocule à la cuisse, c'est-à-dire que je leur injecte, avec une seringue, sous la peau, une quantité déterminée, et une quantité qui sera en proportion avec leur poids, pour que tout soit égal. Tous les cobayes seront tuberculeux ; sur les lapins, un certain nombre échapperont, et surtout un certain nombre auront une tuberculose relativement bénigne : au lieu de mourir en quelques semaines, ils seront malades, ils se relèveront, ils mourront, ou peut-être guériront-ils ; et enfin, pour les chèvres, à peine si quelques individus seront pris par la tuberculose. J'ajoute encore une remarque qui me servira tout à l'heure à tirer ma conclusion : c'est que la tuberculose ne se comporte pas de la même manière, même quand son action est positive, dans les inoculations chez ces animaux d'espèces différentes ; vous avez inoculé un lapin et un cobaye à la cuisse ; sur le cobaye, la tuberculose suit les ganglions, se localise surtout dans la rate et le foie, et ce n'est que plus tard qu'elle ira au poumon ; chez le lapin, elle ira directement au poumon. Eh bien,

qu'est-ce que je veux conclure de tous ces faits? C'est que chaque espèce animale est douée d'une organisation spéciale qui fait que l'animal accepte ou n'accepte pas, qu'il fait fructifier ou qu'il rend stériles les inoculations, et, quand il les accepte, il les accepte à sa manière, si bien que, chez l'un, elles peuvent être malignes, chez l'autre, elles peuvent être bénignes. Comment a-t-on expliqué cela? Dans le monde bactériologique, on a dit: « différence de terrain; différence de bouillon de culture ». Mais ce sont là des métaphores. Laissons le terrain aux agriculteurs et le bouillon de culture dans le laboratoire. Ce ne sont pas des bouillons de culture, ce sont des êtres vivants. Eh bien, ces êtres vivants sont organisés de telle sorte qu'ils sont aptes à recevoir des maladies et qu'ils sont absolument immunisés contre les autres. D'où nous concluons que les êtres organisés ont tous des dispositions à un certain nombre de maladies, et c'est pour cela que nous disons: « disposition définie », parce que ce n'est pas une disposition vague. Ils sont disposés à avoir la tuberculose ou à avoir le tétanos, à avoir la morve, mais ils ne sont pas disposés à autre chose. Les animaux ont donc une disposition définie à contracter telle ou telle maladie, et quand cette disposition n'existe pas, la virulence des microbes est sans action. Mais vous voyez cela tous les jours sans laboratoire. Voilà le choléra qui a envahi une ville; tous les habitants n'ont pas le choléra. Il y en a un tiers, mettons la moitié. Vous dites avec le bon sens simplement: « ceux qui ont le choléra, ce sont ceux qui sont disposés au choléra ». Quand vous voulez faire un travail dans les pays intertropicaux, pour creuser un canal, comme à Panama, vous prenez des nègres, parce que les nègres ont très rarement la fièvre

intermittente. Eh bien, le nègre qui travaille dans sa tranchée n'est pas malade, et le blanc qui travaille à côté tombe malade de fièvres pernicieuses et il meurt, ou il est malade, il est obligé de quitter. Pourquoi? Parce que l'un a une disposition définie aux fièvres intermittentes et l'autre ne l'a pas. La prédisposition définie, voilà la clef de l'étiologie. Si vous dites : « terrain, bouillon », ce sont des métaphores qui ne signifient rien, ce sont viandes creuses ; vous croyez avoir une solution, vous n'avez rien du tout, tandis que ce que je vous dis là est scientifique. En outre de la prédisposition définie et du microbe, il y a un troisième facteur dans la genèse des maladies, ce sont les causes externes. Il ne faut pas négliger ce facteur des causes externes. Vous voyez le choléra — je prend encore des exemples d'épidémie — voilà le choléra, vous ne savez pas si vous êtes disposés ou non à l'avoir. Eh bien, si vous suivez une hygiène stricte, si vous buvez de bonne eau, il est probable que vous n'aurez pas le choléra. Mais faites des excès, éprouvez de la fatigue, faites surtout des excès alcooliques, ayez une indigestion, le choléra arrive, c'est fini, vous l'avez. Il y avait le microbe, il y avait la prédisposition définie, la cause externe s'est ajoutée et le mouvement a pris son cours, la maladie s'est déclarée.

« Mais pour les maladies chroniques, c'est encore bien plus visible. Voilà un jeune homme de race phthisique, sa mère est morte phthisique, son frère, sa sœur, que sais-je? Il a toutes les apparences de cette race : il est grand, élancé, poitrine étroite, épaules ailées, teint animé, yeux clairs, brillants. Il va dans la vie comme cela. Il a sa prédisposition, et il l'a tellement qu'elle marque son existence par les caractères extérieurs de sa constitution. S'il suit une hygiène convenable, eh bien, vous le voyez

arriver à 60 ans, 70 ans, et il parcourra sa vie, il ne tombera pas. C'est rare, mais cela arrive. Cela vous prouve ici encore combien ce qu'on appelle les causes externes ont une action considérable dans l'évolution des maladies. Que le jeune homme soit dans la misère, qu'il couche dans des chambres encombrées, qu'il soit privé d'air respirable, qu'il soit mal nourri, par là-dessus qu'il fasse des excès de vin ou d'alcool, qu'il prenne un rhume, qu'il prenne une grippe, un influenza, comme on dit aujourd'hui, la phthisie éclate. Vous voyez donc, les causes externes ont une importance considérable. »

Ainsi, il y a trois causes qui concourent à la production des maladies, la prédisposition définie, les causes externes, et, pour les maladies infectieuses, le microbe.

La prédisposition définie est la vraie cause, celle sans laquelle le microbe est stérile. La prédisposition définie, c'est la cause interne. C'est la maladie en puissance avant d'être en acte.

Sans doute, le microbe est *nécessaire*. Sans lui, la maladie infectieuse ne se développe pas, mais c'est la prédisposition définie qui le rend fécond ou stérile et, remarquez-le bien, c'est la prédisposition définie qui, avec le même microbe, avec la même culture, fait les formes différentes de la maladie : bénigne, modérée ou mortelle.

Il y a une conséquence doctrinale à tirer de ces faits. C'est que des maladies sont bien réellement de causes internes et c'est avec raison que la sagesse antique a enseigné que l'homme était fait pour souffrir comme l'oiseau pour voler et que l'homme tout entier est maladie depuis son enfance : *totus homo ex nativitate morbus est.*

Quelle conséquence pratique, ajoute le Dr Jousset,

tirerons-nous de cette notion étiologique de la maladie.

La prédisposition définie est héréditaire nous ne pouvons pas faire qu'elle soit ou ne soit pas, mais l'hygiène nous permet d'augmenter ou de diminuer sa puissance.

Le conférencier ajoute encore la prédisposition étant héréditaire.

« Je ne peux m'empêcher de dire ici que les pères et mères devraient veiller davantage à l'union de leurs enfants, et, quand ils ont trouvé l'honneur, ils devraient chercher la santé et laisser de côté la richesse et les titres. Combien de mères de famille, pour un misérable titre, sont exposées à avoir des enfants qui périssent de méningites ou d'autres maladies tuberculeuses! Combien de familles qui ont des fous dans leurs descendants, qu'elles n'auraient pas si elles n'avaient pas cédé à la tentation d'une grosse fortune! Pères et mères, veillez à l'union de vos enfants! Encore un coup, l'honneur d'abord, et ensuite la santé; le reste viendra pardessus! » (*Vifs applaudissements.*)

Le D[r] Jousset énumère ensuite les différents moyens propres à détruire les microbes et à diminuer la contagion.

Arrivé au rôle du microbe pour la vaccination et la guérison des maladies, le conférencier fait remarquer que le premier exemple d'inoculation préservative remonte à l'inoculation de la petite vérole et au vaccin jennérien. Pasteur a appliqué les virus atténués à la vaccination des maladies, d'abord le virus du charbon, et ce vaccin s'applique sur une grande échelle dans l'agriculture. Il a appliqué ensuite le virus de la rage, non au traitement de la rage confirmée, mais à la préservation après morsure.

Le microbe atténué du tétanos est un agent certain de préservation de cette maladie, et, comme tel, est entré dans la pratique de la médecine vétérinaire.

Après les vaccins, nous avons le traitement des maladies elles-mêmes. Le D[r] Jousset expose dans les termes suivants cette nouvelle thérapeutique :

« Nous arrivons à la sérumthérapie, c'est-à-dire au traitement des maladies par le sérum qui contient une certaine dose de la toxine, cause de la maladie. On a d'abord trouvé ce sérum sur les convalescents. Ainsi il y a des convalescents de fièvre typhoïde auxquels on a emprunté du sérum. Ce sérum jouit d'un certain degré d'efficacité pour guérir les fièvres typhoïdes. Bouchard a employé du sérum de malades convalescents de pneumonie pour guérir les pneumonies. Mais ce n'est pas là la méthode habituelle. Surtout depuis Roux, on a une autre méthode qui est beaucoup plus pratique : Roux a immunisé les animaux. Il a choisi le cheval, parce que le cheval peut donner beaucoup de sérum. Le cheval est sensible à la diphtérie. Alors, avec de grandes précautions, avec des inoculations progressives, il a accoutumé peu à peu cet animal à supporter de très grandes doses de diphtérie et, au bout d'un certain nombre de mois, le sérum du cheval est doué d'une qualité, d'une propriété thérapeutique considérable contre la diphtérie.

Le même mécanisme a été employé pour traiter le choléra et la peste ; l'année dernière, au Brésil on a appliqué la sérumthérapie à la fièvre jaune. En un mot, on est arrivé à ceci, qu'en faisant passer dans le corps des animaux le poison, la toxine qui produit la maladie, on donne à ce sérum la propriété de guérir la maladie. Cette méthode a été appliqué encore pour les venins d'une manière

très heureuse par M. Calmette, qui a inoculé à des chevaux les venins les plus violents des pays intertropicaux. Il a produit ainsi un sérum qui, non seulement sur les animaux, a cet effet de les immuniser contre les inoculations du venin, mais, dans les pays intertropicaux où il a pu expédier de ces produits, on a guéri un nombre déjà assez considérable de malheureux piqués par des serpents les plus venimeux de ces pays-là. »

Cette conférence a été faite devant une assistance nombreuse et le conférencier a été très applaudi.

D[r] SARAILHAC.

REVISION DE LA MATIÈRE MÉDICALE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE

PHOSPHORE.

Les symptômes d'empoisonnement produits par le phosphore caractérisent son action sur l'organisme vivant. C'est en première ligne une atteinte profonde portée à l'innervation, c'est ensuite et comme conséquence de la première une altération de la nutrition localisée principalement sur le foie et le rein et aboutissant avec un processus inflammatoire plus ou moins marqué à l'atrophie et à la dégénérescence graisseuse. C'est enfin une perturbation profonde de l'hématopoïèse et, lorsque la survie est assez prolongée, tout le cortège des symptômes du purpura hémorrhagica.

La prostration considérable des forces animales et vitales, la petitesse, la faiblesse et le ralentissement du pouls précédés quelquefois d'un état opposé très passager; le refroidissement général et cet ensemble de symptômes auquel on a donné si justement le nom de collapsus.

Si on ajoute, à ces désordres, l'ictère, l'albuminurie, la polakiurie, symptomatique des lésions du foie et du rein, la toux et la dyspnée en rapport avec l'inflammation des bronches, du poumon et de la plèvre, enfin à côté de la marche foudroyante des accidents, le plus souvent une rémission insidieuse terminée subitement par la mort, on aura un tableau assez exact de l'action du phosphore sur l'homme sain et la raison de son emploi dans les maladies aiguës arrivées à la période de collapsus, dans l'atrophie jaune aiguë du foie, dans les néphrites, dans le purpura hémorrhagica.

Les symptômes produits par le phosphore varient avec les doses, le mode d'administration et la nature du sujet.

Pour rendre la description plus saisissante, on a essayé d'établir un certain nombre de formes d'empoisonnement par le phosphore.

Tardieu, le plus autorisé des auteurs, décrit une forme commune, une forme nerveuse et une forme hémorrhagique chronique.

Cet auteur a bien soin de dire que ces variétés ou formes sont artificielles et quelquefois se mêlent les unes aux autres, chez le même individu. C'est qu'en effet les empoisonnements ne sont pas de véritables maladies et ils ne présentent jamais ces types incommunicables et intransformables qu'on observe dans les maladies.

Il y a d'abord des caractères communs à tous les empoisonnements par le phosphore. Parmi ces caractères je

remarque d'abord une marche irrégulière avec des rémissions plus ou moins lentes et un retour imprévu d'accidents habituellement graves et quelquefois subitement mortels.

Tous les empoisonnements par le phosphore présentent des signes d'inflammation gastro-intestinale, l'ictère, les symptômes rénaux, les hémorrhagies, la prostration et le refroidissement allant jusqu'au collapsus, une anxiété cardiaque, le délire, les convulsions et surtout le coma qui ne manque presque jamais.

Suivant la prédominance de ces symptômes on a créé artificiellement les formes dont nous allons maintenant parler.

Forme commune. — Les premiers symptômes ne se montrent presque jamais avant cinq ou six heures; quelquefois même c'est seulement douze et dix-huit heures après l'ingestion du poison qu'on voit apparaître les premiers symptômes.

Les premiers symptômes sont localisés dans la bouche et le tube digestif, douleur à la gorge, douleur épigastrique violente, nausées habituellement suivies de vomissements, coliques et diarrhées; le ventre est sensible à la pression; un malaise marqué, une agitation incessante accompagnent ces premiers symptômes. Le pouls est petit, dépressible et ralenti. Puis après quelques vomissements, il survient habituellement, et cela est un des caractères de l'action du phosphore, une amélioration considérable; en sorte que, pendant quatre, cinq, six et sept jours et quelquefois plus, les malades paraissent guéris; puis les vomissements reparaissent, l'ictère se montre, ainsi que la diminution des urines qui sont albumineuses, grande

céphalalgie, insomnie complète suivie de coma et de mort au bout de huit à douze jours.

D'autres fois même après la sédation apparente dont nous avons parlé, les empoisonnés meurent subitement sans avoir présenté d'autres symptômes.

Dans la *forme nerveuse*, les vomissements et les symptômes gastro-intestinaux peuvent faire défaut. L'ictère apparaît cependant avec des taches érythémateuses qui maculent la peau de couleur variable, mais ce qui domine ici c'est la faiblesse, la prostration, la lipothymie portée jusqu'à la syncope, la voix est éteinte, les membres sont le siège de crampes et d'engourdissements. Vers la fin du premier septennaire le délire le plus aigu éclate subitement avec tremblement des membres, trismus, bientôt remplacés par le coma et la mort dans le même espace de temps que la variété précédente. On a encore noté ici l'absence de fièvre.

Forme hémorrhagique. — Dans cette forme, la marche est beaucoup plus lente et la maladie présente des rémissions considérables. La mort n'en arrive pas moins après quelques semaines ou quelques mois.

Les hématémèses et les selles sanguinolentes se montrent dès le début, puis à mesure que la maladie fait des progrès, l'ictère se montre dans toute son intensité, les hémorrhagies se multiplient et se font par toutes les ouvertures muqueuses et par la peau comme dans le purpura hémorrhagica. Comme dans l'ictère grave, le foie d'abord augmenté de volume diminue et comme accident ultime les malades présentent du délire et surtout du coma.

Dans les cas où l'empoisonnement a été très modéré

et où la guérison a lieu, on observe des paralysies persistantes, surtout aux extrémités inférieures.

Comme Tardieu, la plupart des auteurs ont noté l'absence de fièvre. Cependant Nothnagel et Rossbach disent qu'au début de la maladie on observe quelquefois une élévation notable de la température.

Lésions. — *Dégénérescence graisseuse* du foie, des reins, des muscles. *Hémorrhagies* et purpura général, *sang* diffluent.

Lésions locales, inflammation *du tube digestif* tout entier, rougeur, ecchymose, ulcérations des membranes muqueuses.

Cœur et gros vaisseaux. — Stéatose du cœur, ecchymoses sous l'endocarde et le péricarde.

Poumons et plèvres. — Congestion, ecchymose et apoplexie pulmonaire, ramollissement du tissu pulmonaire, emphysème, inflammation des alvéoles.

Bronches remplies de mucosités sanguinolentes, inflammation des bronches.

Plèvres. — Ecchymoses sous pleurales, pleurésie avec épanchement séro-sanguinolent, fausses membranes molles, — pleurésie (Nothnagel) (ces symptômes pulmonaires sont empruntés à la thèse de Brulé 1860).

Système osseux. — Carie des os, affection du maxillaire. Wegner prétend que chez les animaux en cours de développement le phosphore à toute petite dose hâte l'ossification et favorise le développement rapide du tissu compact au détriment du tissu aréolaire.

Encéphale. — Lésions rares ou mal définies, quelquefois un peu de piqueté, un faible épanchement entre la pie-mère et l'arachnoïde cérébrale.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU PHOSPHORE.

Aujourd'hui, le phosphore est pour ainsi dire tombé en désuétude à cause des grandes difficultés et même des dangers qu'offre son emploi dans la pharmacopée ordinaire. Cependant des médecins du siècle dernier avaient parfaitement reconnu ses indications dans les maladies aiguës très graves et dans quelques affections chroniques. Bayle dans sa *Bibliothèque thérapeutique* a réuni la plupart des documents sur l'emploi du phosphore en thérapeutique. La pharmacopée homœopathique a permis à Hahnemann et à ses élèves de prescrire le phosphore sans aucune espèce de danger et nous allons voir qu'ils ont fixé les indications de ce médicament dans un grand nombre de maladies.

L'histoire des empoisonnements par le phosphore nous a montré que cette substance produisait constamment des groupes définis de symptômes et de lésions parmi lesquels nous distinguons en première ligne les hémorrhagies multiples avec ou sans ictère, l'atrophie aiguë du foie, la néphrite et l'albuminurie, des inflammations des bronches, du poumon et des plèvres, une prostration considérable des forces avec refroidissement, faiblesse et défaillance du pouls, lipothymie, collapsus, état agonique.

Ce dernier syndrome justifie l'emploi du phosphore dans la fièvre typhoïde et le typhus grave,dans les fièvres éruptives et dans les pneumonies quand existe le genre de collapsus que nous venons de décrire ; l'indication est encore plus positive si ces maladies s'accompagnent de symptômes de purpura.

Dans les nombreux faits rapportés par Bayle, la prostration des forces animales et vitales était considérable et

des éruptions pétéchiales existaient chez la moitié des sujets : « Une accélération plus ou moins considérable du pouls, une augmentation de la chaleur, le délire, le coma... l'agitation ou une prostration générale des forces, souvent la fétidité des excrétions, tels étaient les symptômes qu'offraient la plupart des malades. Au moment où on recourut au phosphore la moitié de ces individus était hors d'espoir ; plusieurs étaient à l'agonie, ayant le pouls faible ou imperceptible, les extrémités froides, la sensibilité éteinte, les sens suspendus. » (Bibliothèque thérapeutique, tome II, page 119.)

D'après Bayle, sur 91 malades, 72 furent guéris, 9 se sentirent soulagés, 3 n'éprouvèrent rien et 6 furent empoisonnés !

Toutes les fois que le phosphore a agi, la chaleur a reparu, des sueurs abondantes et chaudes se sont établies, la connaissance est revenue et les malades ont accusé un sentiment bien net d'amélioration.

Dans l'école homœopathique nous employons couramment le phosphore dans les cas graves de fièvre typhoïde, de fièvre éruptive, surtout quand il existe des symptômes d'hémorrhagie. C'est encore un médicament principal dans la fièvre jaune où il est indiqué par l'ictère, les hémorrhagies multiples et le collapsus.

Dans la dysenterie grave et épidémique, mais seulement dans la période avancée de cette maladie, la paralysie du sphincter qui rend l'anus béant est le signe propre de l'emploi du phosphore.

Dans la bronchite, la pleurésie et la pneumonie, son emploi n'est pas réservé seulement aux cas très graves.

Dans la pneumonie J.-P. Tessier avait coutume de prescrire généralement Bryone le jour et Phosphore la

———

nuit. Mais une très longue pratique nous a porté à disjoindre ces deux médicaments et à prescrire la Bryone seule dans les cas ordinaires avec point de côté considérable et crachats abricot et nous réservons le phosphore pour les cas plus graves, quand le pouls devient plus fréquent, et en même temps plus faible, l'expectoration moins visqueuse et plus sanguinolente; le délire et la diarrhée sont deux symptômes qui indiquent encore le phosphore, mais la prostration et la menace de collapsus fixent absolument cette indication.

Ictère grave. — Nous avons vu que l'empoisonnement par le phosphore s'accompagne d'ictère, d'hémorrhagies, de délire et de coma ; que le foie envahi par la graisse est d'abord hypertrophié, qu'il s'atrophie ensuite, que ses cellules envahies par des granulations fines se détruisent graduellement, en un mot on a là une lésion très analogue à ce qu'on a appelé l'atrophie aiguë du foie.

L'ensemble des symptômes et des lésions indique donc très nettement l'emploi du phosphore dans l'ictère malin. Jusqu'ici la clinique a offert des cas de guérison de cette maladie surtout par l'*aconit* à hautes doses et aussi par le phosphore.

La dégénérescence du rein et l'albumine produite par le phosphore doit faire penser à ce médicament dans le traitement des néphrites chroniques.

Ataxie locomotrice et Paraplégie. — Plusieurs auteurs ont noté la paralysie à la suite de l'empoisonnement par le phosphore. Cette paralysie a pour caractère de commencer aux membres inférieurs et d'avoir une marche ascendante. Elle s'accompagne de fourmillements.

Danillo a décrit des altérations de la moelle épinière

dans les empoisonnements aigus par le phosphore. C'est la substance grise qui est atteinte.

Ces symptômes et ces lésions font comprendre les indications du phosphore dans les paralysies et dans l'ataxie locomotrice.

C'est dans cette dernière maladie que les allopathes ont prescrit le phosphure de zinc, combinaison plus facile à manier que le phosphore lui-même.

Gallavardin, de Lyon, a publié un mémoire sur les paralysies phosphoriques. Ce mémoire contient plusieurs observations de guérisons.

Le phosphore a encore été conseillé dans le tic douloureux, dans les affections chroniques du larynx, dans la phtisie, dans le phlegmon mammaire et dans la nécrose des maxillaires à cause de son action observée chez les allumettiers.

On trouvera dans les matières médicales homœopathiques le complément des indications thérapeutiques du phosphore dans les cas particuliers.

Le travail que nous faisons en ce moment n'ayant pour but que de combler les lacunes, de rectifier des erreurs et de préciser certaines indications, nous n'avons pas à exposer l'histoire complète du médicament.

D[r] P. Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE

DIFFÉRENCIATION ENTRE QUELQUES MÉDICAMENTS, d'après DEWEY, professeur de Matière médicale au Collège Hahnemann de San-Francisco.

ACONIT ET BRYONE.

Bryone vient après Aconit, quand la peau n'est pas aussi chaude, la face aussi rouge, le malade aussi agité, la toux aussi sèche et tracassante que le demande ce dernier médicament. Aconit présente en plus sur le visage l'expression anxieuse de la congestion pulmonaire.

ACONIT ET CAUSTICUM.

Aconit, de même que Causticum, convient aux paralysies dues à un vent sec et froid, mais il convient mieux au début de la maladie, Causticum venant après l'échec d'Aconit.

ACONIT ET GELSEMIUM.

Aconit a le pouls dur, vif, bondissant.

Gelsemium a le pouls mou et dépressible.

Aconit a l'agitation, l'anxiété, les soubresauts.

Gelsemium a l'assoupissement, la tranquillité, la tendance à la stupeur et l'anéantissement.

ACONIT ET HEPAR SULFURIS.

Aconit précède Hepar dans le croup.

ACONIT ET MILLEFOLIUM.

Aconit a de l'anxiété que ne présente pas Millefolium.

ACONIT ET SULFUR.

Sulfur vient dans les fièvres après Aconit, le malade est assoupi, la peau est sèche, chaude et sans sueur.

Dans les affections chroniques, Sulfur a sur les veines l'action qu'Aconit possède sur les artères.

ACONIT ET VERATRUM VIRIDE.

Veratrum vir. a plus d'excitation artérielle et moins d'excitation nerveuse qu'Aconit, et la caractéristique de Veratrum est une raie rouge vif au milieu de la langue.

ACIDE ACÉTIQUE ET APIS MELLIFICA.

Tous deux ont l'apparence cireuse de la face et des membres, mais acide acétique a en plus une grande prédominance des symptômes gastriques, la soif et le désir de boire de l'eau.

ACTŒA RACEMOSA ET ACTŒA SPICATA.

Actœa rac. affecte spécialement la partie charnue des muscles. Actœa spicata agit sur les petites articulations des mains et des pieds, principalement sur les poignets.

ARNICA ET RHUS TOXICODENDRON.

Rhus tox. convient surtout quand ce sont plutôt les ligaments que les parties molles qui sont le siège de lésions mécaniques. Il agit plus sur les tissus fibreux qu'Arnica qui, au contraire, agit mieux sur les parties molles.

AILANTHUS ET RHUS.

Dans la scarlatine, Rhus convient quand l'enfant est assoupi et agité, qu'il a la langue rouge et lisse, la gorge œdémateuse et de l'engorgement ganglionnaire, que l'éruption est miliaire et ne sort pas bien, qu'il y a grande faiblesse et dépression.

Ailanthus, au contraire, présente un rash bleu foncé, la gorge est enflée, le nez est le siège d'un écoulement irritant, l'enfant est assoupi et en état de stupeur.

ALLIUM CEPA ET EUPHRASIA.

Les sécrétions oculaires d'Euphrasia sont excoriantes

et celles du nez ne le sont pas, c'est le contraire pour Allium cepa : celles du nez sont excoriantes et celles des yeux non.

ALUMINA ET BRYONIA.

Dans l'un comme dans l'autre médicament il y a constipation due à la sécheresse de la muqueuse, mais avec Bryonia les selles sont de forte dimension, dures, sèches, brunes, comme cuites et il y a absence du besoin d'aller à la selle.

Avec Alumina il y a une inactivité complète du rectum et même les selles molles sont expulsées avec difficulté.

ALOE ET COLLINSONIA.

Alœ et Collinsonia ont le même symptôme hémorrhoïdaire, mais Collinsonia s'accompagne le plus souvent de constipation et Alœ de diarrhée.

ANTIMONIUM TARTARICUM ET IPÉCA.

Avec Ipéca, il y a une toux spasmodique débutant par de l'étouffement, du graillonnement et des chatouillements qui gagnent du larynx à l'extrémité des bronches; il y a de gros râles dans la poitrine et de violents paroxysmes de toux avec envies de vomir, face pâle et grande dyspnée. Chaque respiration fait tousser.

Avec Antimonium tartaricum, la toux est très légère, la dyspnée, la faiblesse et l'assoupissement vont en augmentant, la poitrine semble pleine de mucosités que le malade ne peut expectorer et les râles sont fins.

ANTIMONIUM CRUDUM ET IPÉCA.

Leurs symptômes gastriques se ressemblent, mais avec Ipéca la langue est propre, tandis qu'avec Antimonium crudum elle est recouverte d'un épais enduit blanchâtre.

APIS MELLIFICA ET APOCYNUM.

Apis a le manque de soif, Apocynum une soif inextin-

guible. Apis a l'œdème de la paupière inférieure, Apocynum l'œdème du côté où on est couché.

Apis et Arsenicum.

Apis a le manque de soif et l'œdème de la paupière inférieure, Arsenicum a le désir fréquent de peu de boisson, l'œdème des extrémités.

Apis et Belladonna.

L'agitation nerveuse est plus marquée sous Apis que sous Belladonna et le cri encéphalique appartient spécialement à Apis.

Apis et Rhus.

Il y a moins tendance à la transformation de pus avec Apis qu'avec Rhus. Rhus a le soulagement par la chaleur et Apis par le froid.

Arsenicum et Mercurius.

Dans le rhume de cerveau, l'écoulement nasal d'Arsenicum est aqueux et irrite la lèvre supérieure. L'écoulement nasal de Mercurius, bien que très excoriant, n'est pas aqueux mais plutôt épais. C'est un écoulement légèrement muqueux.

Arsenicum et Nux vomica.

Avec Arsenicum, le rhume de cerveau est soulagé par la chaleur et aggravé par le froid, ce qui est le contraire de Nux et l'écoulement est très clair et brûlant, tandis qu'avec Nux il se réduit à peu de chose, le nez est presque sec.

Arsenicum et Phosphorus.

Le refroidissement auquel convient Arsenicum se fait toujours sentir du côté du nez, celui de Phosphorus du côté de la poitrine.

Arsenicum et Rhus.

L'agitation dans Rhus soulage les douleurs, avec Arsenicum c'est une agitation anxieuse.

Arsenicum et Spigelia.

Les douleurs d'Arsenicum ressemblent nettement à des piqûres d'aiguilles se faisant sentir de place en place, et elles ont un caractère brûlant.

Celles de Spigelia sont des élancements, des sensations de perforation et elles siègent surtout autour de l'œil.

Argentum nitricum et Bismuth.

La gastralgie d'Argentum nitricum est sérieuse, les douleurs s'irradient de l'estomac dans toutes les directions, elles sont soulagées par une forte pression et en se courbant en avant. Les vomissements de mucus glaireux soulagent les douleurs.

Dans Bismuth, la gastralgie est purement nerveuse et dès que la moindre nourriture arrive dans l'estomac, le malade vomit. Les boissons froides soulagent.

Belladonna et Cinchona.

Le mal de tête et les battements dans les carotides si caractéristiques de Belladonna sont dus à l'hyperhémie, tandis qu'avec Cinchona ils sont dus à l'anémie.

Belladonna et Sanguinaria.

La migraine de Belladonna est soulagée en se tenant assis et appuyé dans le lit, celle de Sanguinaria en se couchant à plat. Belladonna n'a pas, comme Sanguinaria, la douleur gagnant du sommet de la tête à l'occiput. Sanguinaria est aussi plus usité dans les migraines à point de départ stomacal.

Belladonna et Hepar.

La toux d'Hepar diffère de celle de Belladonna par l'absence de douleur au larynx et le manque de fièvre.

Belladonna et Stannum.

Les névralgies de Belladonna apparaissent brusquement

et disparaissent de même, celles de Stannum augmentent et disparaissent graduellement.

BELLADONNA ET STRAMONIUM.

Stramonium a plus de perversion sensorielle que Belladonna, il a moins de congestion et n'arrive jamais à une vraie inflammation.

BELLADONNA ET GLONOÏNE.

Glonoïne a du soulagement en se découvrant; le mal de tête augmente en renversant la tête en arrière, il est soulagé au grand air. Le malade ne peut pas rester tranquille, il doit marcher. La face n'est pas rouge.

Belladonna a de l'aggravation en se découvrant, le mal de tête est diminué en renversant la tête en arrière, il est pire au grand air et mieux en tenant la tête tranquille. La figure est congestionnée.

BAPTISIA ET GELSEMIUM.

Baptisia et Gelsemium ont tous deux les douleurs musculaires, la prostration, l'assoupissement et l'excitation nerveuse, la sensation d'expansion comme si la tête et le corps étaient augmentés de volume, l'augmentation de la fièvre l'après-midi. La différence est une question d'intensité, Gelsemium ayant tous ces symptômes moins marqués.

BAPTISIA ET RHUS TOX.

L'agitation diminue les douleurs sous Rhus et non sous Baptisia. Rhus a un triangle rouge à la pointe de la langue, et Baptisia une raie brunâtre au milieu de la langue. Les sécrétions ont une odeur moins infecte avec Rhus qu'avec Baptisia.

BROMUM ET SODIUM.

Les symptômes de Bromum ne s'accompagnent généra-

lement pas de fièvre, tandis que Sodium est un remède très fébrile.

BRYONIA ET RHUS.

Sous Bryonia, le malade a la crainte de tout mouvement, Rhus tox. a de l'agitation et un besoin de remuer continuel.

CALCAREA ACETICA ET PHOSPHORI ACIDUM.

Les symptômes généraux de Calcarea permettent seuls de différencier la diarrhée de Calcarea acetica de celle de Phosphori acidum. Dans les deux cas, la diarrhée est indolore, abondante et ne fatigue pas, mais Calcarea acetica a comme symptômes généraux : l'émaciation, le manque de croissance, les troubles glandulaires, etc., et Acidum phosphori a la prostration nerveuse et la débilité, les affections des os et l'atonie de tout l'appareil digestif.

CALCAREA CARBONICA ET CALCAREA PHOSPHORICA.

Calcarea carbonica, abdomen large comme une soupière renversée.

Calcarea phosphorica, abdomen rétracté et mou.

Calcarea carbonica, désir de manger des œufs.

Calcarea phosphorica, désir de sel et d'aliments fumés.

Calcarea carbonica, selles aqueuses, blanchâtres, mélangées avec du lait caillé.

Calcarea phosphorica, selles vertes, glaireuses, s'accompagnant de beaucoup de vents.

Calcarea carbonica, fontanelle antérieure ouverte.

Calcarea phosphorica, les deux fontanelles ouvertes.

Calcarea carbonica, cheveux blonds, yeux bleus.

Calcarea phosphorica, cheveux et yeux noirs.

CALCAREA CARBONICA ET NITRI ACIDUM.

Teint pâle, cheveux blonds, enrouement indolore, sensibilité de la poitrine pire au toucher ou à la pression,

dyspnée et vertige en montant les escaliers, diarrhée le soir, toux grasse avec gros râles sont les caractéristiques de Calcarea.

Cheveux noirs, obésité, enrouement avec piqûres, sensibilité de la poitrine non augmentée par le toucher ou la pression, palpitations et intermittences en montant les escaliers, diarrhée le matin, toux sèche sont le caractéristique de Nitri acidum.

Calcarea sulphurica et Hepar.

L'action de Calcarea sulphurica est plus profonde que celle d'Hepar, il agit quand ce dernier a cessé son action,

Calcarea sulphurica et Silicea.

Silicea vient avant Calcarea sulphurica pour favoriser ou prévenir la suppuration. Calcarea sulphurica convient mieux pour tarir la suppuration ainsi que pour la formation de bourgeons charnus de bonne nature.

Camphora et Veratrum album.

Camphora a du refroidissement sans sueurs, la langue froide, les sécrétions sont peu abondantes, la lèvre supérieure est rétractée et découvre les dents, la voix est très affaiblie.

Veratrum a des vomissements, de la diarrhée, de la sueur abondante. Le froid s'accompagne de sueur, il y a des sensations de brûlure à l'intérieur du corps qui est froid et bleu.

Cannabis saliva et Cantharis.

Cantharis a plus de ténesme vésical que Cannabis qui a plus de brûlure et de cuisson en urinant.

Capsicum et Spigelia.

Dans la névralgie faciale, avec Spigelia les douleurs sont sévères, il y a des élancements et des brûlures, les

parties malades sont enflées et deviennent très sensibles. La névralgie siège plutôt à droite.

Avec Capsicum, les douleurs s'étendent suivant certaines lignes, elles sont aggravées par la pression.

CARBO VEGETABILIS ET CAUSTICUM.

L'enrouement de Carbo s'aggrave le soir et survient après l'exposition à l'air humide le soir, tandis que Causticum doit plutôt être employé pour un enrouement contracté à l'air froid et sec pendant un hiver rigoureux.

CARBO VEG. ET NUX VOMICA.

L'un et l'autre ont le besoin d'aller à la selle sans résultat mais avec Carbo ce besoin est dû aux vents.

CAULOPHYLLUM ET CIMICIFUGA.

Tous deux correspondent à la diathèse rhumatismale, aux spasmes hystériques et aux tremblements, mais la caractéristique de Caulophyllum est le rhumatisme des petites jointures avec phénomènes utérins, tandis que le rhumatisme de Cimicifuga siège dans le tissu musculaire lui-même.

CAUSTICUM ET EUPATORIUM PERFOLIATUM.

Tous deux ont l'enrouement du matin, l'iufluenza et la courbature, mais Eupatorium a plutôt la poitrine sensible que des brûlures ou la sensation de râpe comme Causticum.

CAUSTICUM ET MAGNESIA CARBONICA.

L'écoulement des règles se fait seulement le jour avec Causticum et seulement la nuit avec Magnesia.

CAUSTICUM ET PHOSPHORUS.

Phosphorus à l'enrouement le soir et la sensibilité siège dans le larynx, tandis que Causticum a l'enrouement le matin, la sensibilité siège plutôt derrière le sternum et sa toux est soulagée par l'eau froide.

CAUSTICUM ET THUYA,

Les verrues qui demandent Causticum ont un corps solide et sont très cornées.

Celles de Thuya sont fissurées, entaillées et ont l'apparence d'un chou-fleur.

CHAMOMILLA ET COFFEA.

Le mal de dents de Coffea est soulagé d'une façon durable en gardant de l'eau froide dans la bouche, celui de Chamomilla n'est soulagé ainsi que temporairement.

CHAMOMILLA ET PULSATILLA.

Les douleurs d'oreilles qui appellent Pulsatilla sont aiguës, déchirantes et pulsatives, elles sont pires la nuit.

Chez les enfants nerveux, qui ne peuvent supporter la douleur et ont une joue rouge et l'autre pâle, il vaut mieux donner Chamomilla.

CHAMOMILLA ET SPIGELÉA.

Chamomilla présente une grande impatience et l'aggravation par la chaleur.

Spigelia a des douleurs d'élancements, presque de perforation et elles siègent surtout autour de l'œil gauche

CINCHONA ET PHOSPHORI ACIDUM.

Les selles ne s'accompagnent pas avec Phosphori acidum de la débilité qui suit les selles de Cinchona.

CLEMATIS ET RHODODENDRON.

Clematis erecta dans l'orchite est demandé par un testicule dur comme une pierre et très douloureux.

Pour Rhododendron, le testicule tend à s'atrophier, on a la sensation d'écrasement de cette glande. Il est plus employé dans les cas chroniques.

CHELIDONIUM ET MERCURIUS.

Mercurius, comme Chelidonium, a la sensibilité du foie et la langue qui porte les empreintes des dents, mais, en

plus, il a des selles glaireuses avec beaucoup de ténesme et la sensation de n'avoir jamais fini d'aller à la selle.

Colchicum et Spigelia.

Dans Spigelia, il y a grand éréthisme nerveux, excitation et intolérance de la douleur, tandis que sous Colchicum il y a une remarquable tolérance de la douleur avec un état semi-paralytique au lieu d'excitation nerveuse.

Colocynthis et Dioscorea.

La colique de Dioscorea peut, comme celle de Colocynthis, s'irradier dans tout le corps, mais elle est soulagée en marchant et en se renversant en arrière, tandis que celle de Colocynthis est soulagée en se pliant en deux et en pressant quelque chose de dur sur le ventre.

Conium et Hepar sulf.

Conium a la même toux qu'Hepar, mais dans le premier l'irritation siège plus haut que dans le second, tout à fait dans la gorge.

Conium et Hyosciamus.

La toux est aggravée la nuit comme celle d'Hyosciamus et le malade est obligé de s'asseoir pour tousser, mais elle est causée par la sensation de sécheresse dans le larynx tandis qu'avec Hyosciamus, elle est aggravée en plus en mangeant, en buvant et en parlant.

Conium et Phytolacca.

Conium et Phytolacca développent tous deux des nodosités dans les seins, mais, avec Conium il y a une dureté de pierre et les douleurs sont moins aiguës qu'avec Phytolacca. Avec ce dernier médicament, les seins sont très sensibles, on ne peut supporter les vêtements, et la marche et les secousses sont douloureuses.

Croton et Gratiola.

Tous deux ont des selles jaunes et très liquides qui sor-

tent comme d'un tuyau, mais celles de Croton s'accompagnent de plus de nausées que celles de Gratiola.

COCCUS CACTI ET KALI BICHROMICUM.

L'expectoration de Coccus cacti est un mucus épais, gluant, qui file jusqu'à terre. Celle de Kali bichromicum est jaune et non albumineuse.

CUPRUM ET VERATRUM.

Ils ont à peu près les mêmes symptômes, mais les crampes de Cuprum sont plus sévères et gagnent la poitrine. Il n'a pas non plus la sueur froide de Veratrum.

CYCLAMEN ET PULSATILLA.

Tous deux ont les sécrétions épaisses et blanchâtres, mais Cyclamen a, en plus, de violents éternuements.

GRAPHITES ET LYCOPODIUM.

Graphites et Lycopodium ont tous deux une grande accumulation de gaz, mais les gaz ne sont pas aussi rances et aussi putrides sous Lycopodium que sous Graphites.

GRAPHITES ET PETROLEUM.

Les symptômes que Graphites produit à la peau rappellent plutôt l'herpès et ceux que produit Petroleum, l'eczéma.

HAMAMELIS ET PULSATILLA.

Tous deux ont les varices dans leurs symptômes, mais Hamamelis est meilleur pour les varices douloureuses.

HEPAR ET IGNATIA.

Tous deux ont la sensation de clou enfoncé dans le crâne, mais avec Hepar il semble être enfoncé dans le côté droit et avec Ignatia au sommet de la tête.

HEPAR ET THUYA.

Sensation de clou, qui semble enfoncé dans le frontal avec Thuya.

HEPAR ET LACHESIS.

La toux de Lachesis se différencie de celle d'Hepar en ce qu'elle n'est pas excitée par la pression sur le larynx.

HEPAR ET RUMEX.

La toux de Rumex n'est pas affectée par la respiration comme celle d'Hepar.

HEPAR ET SPONGIA.

Hepar vient dans le croup après Spongia et quand le malade est très sensible au moindre courant d'air.

HYDRASTIS ET KALI BICHROMICUM.

Avec Kali bichrom., il y a tendance à de profondes ulcérations et le mucus est même plus tenace et plus filant qu'avec Hydrastis.

IGNATIA ET PHOSPHORI ACIDUM.

Ignatia convient mieux aux suites immédiates de chagrins et Phosphori acidum aux effets éloignés ou durables.

IPÉCA ET PULSATILLA.

Le malaise de Pulsatilla se fait sentir pendant que la nourriture est encore dans l'estomac, tandis qu'avec Ipéca, c'est lorsque l'estomac est vide. De plus, avec Ipéca, la langue est propre, tandis qu'avec Pulsatilla elle est sale.

LILIUM TIGRINUM ET SÉPIA.

Tous deux ont la sensation de quelque chose qui voudrait sortir du vagin, mais, avec Lilium, la malade appuie avec la main sur la vulve pour soulager ce symptôme, tandis qu'avec Sepia la malade croise les jambes pour s'opposer à la sortie au dehors. Il y a aussi plus de symptômes hystériques avec Lilium et les douleurs ovariennes sont plus intenses.

MENYANTHES ET SILICEA.

Le mal de tête de Silicea est soulagé par la chaleur ou en s'enveloppant chaudement la tête. Il est pire par le

bruit, la lumière, l'exercice et l'étude et siège plutôt à droite.

Celui de Menyanthes est soulagé par la pression plutôt que par la chaleur et aggravé en montant un escalier.

MERCURIUS ET KALI BICHROMICUM.

Les ulcérations de Mercurius s'étendent rapidement et sont superficielles, tandis que celles de Kali sont circonscrites, profondes et tendent à la perforation.

MERCURIUS ET HEPAR.

Tous deux ont la sensibilité à l'air froid, la transpiration facile, la tendance à la suppuration, mais Mercurius seul a les douleurs nocturnes.

MERCURIUS ET NUX VOMICA.

Le rhume de cerveau de Mercurius et celui de Nux se ressemblent, mais avec Nux l'aggravation se produit étant enfermé dans une chambre chaude et l'amélioration à l'air libre, tandis qu'avec Mercurius l'aggravation se produit par le temps humide.

ACIDES MINÉRAUX ET ACIDES VÉGÉTAUX.

Les acides minéraux produisent un état scorbutique de l'organisme, avec tendance manifeste aux ulcères et aux formes graves de maladies : fièvre typhoïde par exemple.

Les acides végétaux causent une grande débilité, mais à un degré moindre que les acides minéraux et tous montrent de la tendance à la production de fausses membranes dans la gorge.

NATRUM MURIATICUM ET PULSATILLA.

Natrum muriaticum a une disposition douce et pleureuse comme Pulsatilla, mais la consolation aggrave, tandis que le malade de Pulsatilla recherche les consolations.

Nux vomica et Pulsatilla.

Avec Nux vomica on est assoupi le soir, on tombe endormi sur sa chaise et le matin, au réveil, on est plus fatigué que le soir en se couchant.

Avec Pulsatilla on est bien très fatigué au réveil, mais, le soir on est tout à fait éveillé.

Opium et Plumbum

La constipation d'Opium s'accompagne d'une espèce de paralysie de l'intestin, tandis qu'avec Plumbum il y a quelques contractions du rectum qui montrent qu'il y a encore quelque activité dans l'intestin.

Phosphorus et Sulphur.

L'oppression de Phosphorus est externe, c'est une sensation de fardeau sur la poitrine. Dans Sulphur elle est interne, c'est comme une congestion dans la poitrine avec dyspnée et brûlures.

Platina et Spigelia

Une sensation de vigoureuse compression avec engourdissement et besoin de frotter la partie malade demande Platina, dans la névralgie faciale.

Spigelia présente des douleurs d'élancements autour de l'œil gauche.

Spigelia et verbascum.

Avec Verbascum les douleurs sont excrusiantes comme si les parties étaient saisies entre des tenailles.

Ranunculus bulbosus et R. sceleratus.

Tous deux ont des propriétés irritantes pour la peau, mais elles sont plus marquées chez le Renunculus sceleratus.

(*Traduit* par le Dr G. Nimier.)

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIE DE L'ANTIPYRINE (1).

(*Suite*).

24° MULLER (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 nov. 1888). — Il a observé un cas où à plusieurs reprises l'A., donnée comme un antifébrile, a provoqué un accès de fièvre. Laache (*Central. f. klin. med.*, 1886, VII), A. Fraenkel (*Deutsch. med. Woch.*, 1886, n° 43 et 44) et D. Bernouilli (*Corresp. blatt f. schweiz. Aerzte*, 1887), ont observé des cas analogues.

Dans le cas de Muller, il s'agissait d'une fillette de dix ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu contre lequel 66 grammes de salicylate de soude s'étaient montrés entièrement impuissants. Muller prescrivit alors de l'A., par prises de 0 gr. 75, qui fut pleinement efficace, mais chaque prise de ce médicament fut suivie des accidents suivants : nausées, étourdissements, chaleur à la tête, douleurs mordicantes partant de la poitrine deux minutes après l'ingestion de l'antipyrine et se répandant dans tout le corps ; oppression, violents frissons, avec cyanose de la face, injection et saillie des yeux, élévation considérable de la température, perte de connaissance, extrême fréquence du pouls; état stertoreux; retour graduel de la

(1) La première partie de cet article a été donnée dans le numéro de novembre 1897.

connaissance avec soif inextinguible, vomissement de toutes les boissons prises, diarrhée extrêmement fétide; vives douleurs dans la poitrine qui persistent plusieurs heures; dilatation aiguë du cœur; aucune de ces crises ne s'accompagna d'éxanthème.

25° Rapin (*Revue med. de la Suisse romande*, nov. 1888). — Fille, âgée de 28 ans, atteinte de sciatique et ayant déjà, sans inconvénient, pris quatre fois, à intervalle de quelques jours, 1 gramme d'A. Le jour, où elle reprit ce médicament à la même dose, elle ressentit immédiatement une vive brûlure dans l'estomac; en même temps, elle avait des vomissements et était plongée dans un collapsus tel qu'on la crut morte, le pouls était petit et rapide; la cyanose, d'abord limitée aux lèvres, s'étendit aux joues et toute la surface du corps devint le siège d'une éruption avec vives démangeaisons. Le lendemain tout était rentré dans l'ordre.

26° Tuczek (*Berlin. klin. Woch.*, avril 1889) (1). — Il donne à son petit garçon, âgé de 4 ans, 1 gr. 20 d'A. par jour. Tout à coup, le petit garçon, qui n'avait jamais été malade avant sa coqueluche, accuse de la lassitude; il a de l'insomnie, de la jactitation; puis des vomissements; l'A. est immédiatement supprimée. Cependant, il tombe dans un sopor interrompu seulement par des accès épileptiformes, qui se suivent très rapidement et ne cessent que le quatrième jour. Pendant tout le temps des accidents, l'haleine et l'urine ont une forte odeur d'acétone et celle-ci en contient en effet. Le premier soir apparaît sur le ven-

(1) Cette observation a déjà été donnée dans l'article précédent (nov. 1897), mais moins complètement.

tre, les joues et les oreilles seulement, un exanthème scarlatiniforme qui s'évanouit au bout de quelques heures. Après les convulsions, il y a plutôt abaissement qu'élévation de la température rectale. L'accès est souvent précédé d'un cri, accompagné de morsures linguales et toujours terminé par un stertor profond et prolongé. Les convulsions, d'abord toniques, débutent par la commissure labiale droite ou par une déviation conjuguée des yeux, dans un sens ou dans l'autre, puis tantôt se généralisent à tout le corps, tantôt restent limitées au côté droit.

Dans les intervalles des attaques, il y avait sopor avec respiration de Cheyne-Stokes et contracture par instant de divers muscles (frissons, grincement des dents, etc.).

Ni albumine, ni sucre dans l'urine.

27° COMBEMALE (*Bull. méd. du Nord*, 1891). — Une domestique de 38 ans, atteinte de rhumatisme poly-articulaire aigu douloureux et de longue durée, fut traitée par le salicylate de soude, puis par l'A. Elle conserva l'habitude de ce dernier médicament qu'elle prenait à la dose de 1 gramme par jour, dose qu'elle doublait et triplait les jours de fatigue. Sans cet excitant, elle ressentait une fatigue générale, de la raideur des doigts et même du gonflement des pieds.

Au bout de quatre ans de cet usage, elle présentait les signes d'un ulcère rond avec toux pharyngée, faiblesse musculaire générale, agitation nocturne et insomnie, aménorrhée. Tous ces symptômes disparurent progressivement après la suppression prudente et graduelle de l'A.

28° BIGGS (*N.-York med. Journ.*, janv. 1891). — Un

homme de 35 ans, habitué à l'A. pour des migraines, prend en 30 heures 60 grains (environ 4 grammes) de ce médicament. Au moment où il cesse la médication, il remarqua la teinte foncée de ses urines. L'urine a en effet la coloration olivâtre foncé que donne l'acide phénique : on y trouve un peu d'albumine, des globules rouges et de nombreux cylindres hyalins, tout cela pendant 48 heures. Pas d'autre accident.

Quelques mois auparavant, un médecin avait examiné l'urine sans rien y découvrir d'anormal.

29° M. Brasch (*Therap. monats.*, nov.-déc. 1894). — L'A., chez certains individus, provoque des éruptions différant beaucoup du type des érythèmes médicamenteux.

Elles débutent par une sensation de prurit à laquelle succède une tuméfaction inflammatoire œdémateuse. Les sièges de prédilection de cette éruption sont situés à l'union de la peau et d'une muqueuse, paupières, lèvres, nez, gland, anus, conduit auditif externe. Elle peut atteindre secondairement les doigts, le scrotum. L'œdème congestif peut-être la seule manifestation, mais le plus souvent se montrent des vésicules et cela surtout aux lèvres, sur la muqueuse de la langue, du voile du palais, de la bouche, du pharynx, etc.

L'aspect et l'évolution des vésicules varient suivant leur siège ; précoces sur les muqueuses, elles sont tardives sur la peau du tronc et des extrémités. Elles s'ouvrent rapidement au niveau des muqueuses, lentement au niveau du pénis et très souvent ne s'ouvrent pas au niveau de la peau où la guérison survient par dessiccation et desquamation, tandis qu'au niveau de la bouche, il en résulte des ulcérations recouvertes d'un dépôt fibrineux.

Il ne reste pas de cicatrices, rarement de la pigmentation. Lorsqu'il ne se produit pas de vésicules au niveau des muqueuses, se développe un catarrhe avec sécrétion purulente (nez, conjonctive). La maladie dure deux à trois semaines.

30° Ch. Leroux (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 5 août 1897). — Germaine B... était atteinte depuis trois semaines d'une coqueluche de moyenne intensité avec quintes classiques suivies de vomissements. L'enfant, depuis quelques jours, prenait 0,50 centigrammes d'antipyrine avant le déjeuner et le dîner, sans le moindre inconvénient. Le mardi 23 mars, l'enfant ayant pris froid se mit à tousser davantage et, dès le lendemain, avait une poussée légère de bronchite fébrile. La température ayant monté à 38,5, le père administra de son chef, vers sept heures du soir, *un gramme* d'antipyrine. A dix heures du soir, gonflement de la face, apparition de rougeurs, quinte de toux violente et crachement de salive sanguinolente.

A minuit, j'examine l'enfant : roséole boutonneuse, légèrement violacée de la face, du dos des mains et des pieds ; salivation sanguinolente abondante ; larges bulles pemphygoïdes disséminées sur la muqueuse des joues, des lèvres, de la voûte palatine, remplies d'un liquide rougeâtre hémorragique, quelques-unes rompues ; pas de ganglions sous-maxillaires, pas de douleurs, pas d'angine. Les yeux sont injectés, larmoient abondamment. Bronchite généralisée ; fièvre légère, température 38,4. On croirait à une rougeole, mais le siège de l'éruption, son caractère violacé font penser à une éruption provoquée par l'antipyrine.

Jeudi 25 mars. — La coqueluche est atténuée. La face

est couverte de papules violettes, confluente, quelques papules sont disséminées sur le cou ; sur le dos des mains et à la plante des pieds vastes plaques purpuriques douloureuses ; quelques papules sur les avant-bras et les jambes. Les ongles sont noirs, teintés par des ecchymoses sous-onguéales. La stomatite est intense, la salivation abondante. De larges lambeaux d'épiderme muqueux se détachent des joues et des lèvres. Conjonctivite catarrhale intense, sécrétion muco-purulente de la conjonctivite palpébrale. T. 38° le matin, 38.4 le soir. L'état général est bon. Les urines sont foncées, peu abondantes, mais normales sans albumine. La réaction par le perchlorure de fer ne dénote pas la présence de l'antipyrine.

Vendredi 26 mars. — L'éruption devient franchement ecchymotique sur les joues, à la paume des mains, à la plante des pieds, sous les ongles. La pression est douloureuse et les extrémités sont légèrement gonflées. La salivation est abondante, muco-purulente ; pyorrhée gingivale. Des lambeaux d'épiderme muqueux, grisâtres, nécrobiosés, se détachent par les lavages, laissant la muqueuse érodée, sanguinolente. L'alimentation est devenue presque impossible. Urines normales. T. 38° le matin, 38.3 le soir.

Samedi 27 mars. — Détente. T. 37.6 — 37.8. Mêmes symptômes. La bouche se déterge ; la conjonctivite est moins intense ; pas de ganglions sous-maxillaires.

A partir du dimanche 28 mars, l'amélioration se fait progressivement ; l'éruption s'éteint lentement ; la bouche se nettoie peu à peu, mais la muqueuse exulcérée saigne assez abondamment. La bronchite diminue, mais la coqueluche a repris avec plus d'intensité. Les urines sont normales.

La détersion laisse des exulcérations assez profondes à la face interne des joues, surtout près des commissures des lèvres qui gênent fort l'alimentation pendant quelques jours encore. Les gargarismes au chlorate de potasse, les irrigations, les attouchements au nitrate d'argent au dixième hâtent la guérison ; néanmoins la stomatite ne guérit que vers la fin de la quatrième semaine.

Pendant six semaines, on trouve à la paume des mains et à la plante des pieds des macules violettes, aux diverses places où l'éruption s'était développée avec le plus d'intensité. Il se fait une desquamation par petites squames en ces mêmes régions. Sur les ongles, il reste encore, au bout de six semaines, une teinte violacée qui témoigne des ecchymoses sous-onguéales du début.

25 *mai*. — Deux mois après le début, le tout est guéri, mais on trouve des troubles trophiques des ongles des mains, qui tous, sans exception, dans leur tiers moyen, sont rugueux, rayés dans une zone de 1 à 2 millimètres de largeur et dans toute la demi-circonférence onguéale. L'ongle ayant poussé depuis deux mois, il est facile de rattacher les troubles de nutrition constatés alors aux lésions ecchymotiques qui ont atteint la matrice de l'ongle, lors de l'éruption du début.

A la fin de juin, l'enfant revenue de la campagne ne porte plus traces de ces divers accidents. Les troubles trophiques des ongles seuls persistent, ils sont montés aux deux tiers externes et disparaîtront bientôt.

Sans vouloir, à propos de ce fait, discuter à fond la pathogénie de ces accidents, je tiens à faire remarquer que les reins chez cette fillette m'ont paru en parfait état, qu'il n'y avait point la moindre trace d'albumine. En tenant compte de la prédisposition créée par la coqueluche,

s'est-il, sous l'influence d'une poussée de bronchite fébrile, produit quelque trouble dans le fonctionnement rénal, le fait est possible, mais difficile à démontrer. Faut-il au contraire attribuer ces accidents à une action de contact sur un estomac susceptible ? L'hypothèse a été émise. Dans l'observation précédente, trois heures se sont écoulées entre le moment de l'ingestion et le début des accidents, mais dans divers cas que j'ai observés, quelques minutes à peine ont séparé le moment de l'ingestion et l'éclosion des accidents ; dans plusieurs au moins l'estomac était malade. La seconde hypothèse serait ici plus plausible. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'intégrité viscérale préserve ordinairement de ces accidents. Aussi s'observent-ils beaucoup plus rarement et avec moins d'intensité chez les enfants que chez les adultes, chez les sujets apyrétiques que chez les fébricitants.

31° Duchenne (*Société de thérapeutique*. Paris, 10 mars 1897). — Il rapporte un cas nouveau d'intolérance excessive pour l'antipyrine. Il s'agit d'une malade qui avale par mégarde 80 centigrammes d'antipyrine mélangés à de la caféine et de l'acide citrique, dans le médicament connu sous le nom de migrainine. Elle ressent un violent malaise, une sensation de défaillance, des nausées, de la fièvre. Puis des démangeaisons apparaissent aux extrémités, à la vulve, à la bouche, aux paupières, suivies bientôt de rougeur, d'œdème, d'érythème aux mêmes régions. Des phlyctènes apparaissent le troisième jour. Une quinzaine de jours furent nécessaires pour la guérison.

La malade avait déjà ressenti pareils phénomènes d'intolérance à la suite de l'ingestion d'antipyrine.

32° Lyon (*Id.*). — Il rappelle l'observation d'une femme de 32 ans qui après l'ingestion d'un gramme d'antipyrine présente une éruption bulleuse localisée à la bouche et aux téguments au niveau de la face antérieure du genou et du coude. La face interne des joues, la voûte palatine, la langue, furent atteintes par des poussées éruptives survenues par poussées successives, et ce furent ces manifestations buccales qui incommodèrent le plus la malade, en raison des troubles de la déglutition qu'elles provoquèrent.

M. Lyon rechercha la cause des accidents dans l'état de la malade : il trouva chez elle des phénomènes d'insuffisance rénale et il serait utile, avant d'incriminer l'idiosyncrasie, d'être renseigné sur l'état des reins. L'auteur insiste en terminant sur ce fait que les éruptions à forme bulleuse, sont les formes les plus graves et sont les formes qui se présentent quand les malades ont une dépuration urinaire insuffisante.

M. Dalché rappelle que nombre d'albuminuriques auxquels on prescrit de l'antipyrine n'ont pas de telles manifestations! Il faut bien, jusqu'à nouvel ordre, parler d'idiosyncrasie, de susceptibilités individuelles.

M. Pouchet rappelle l'action de l'antipyrine sur le cœur. Avec de très faibles doses, chez certains individus, on voit se produire des troubles cardio-vasculaires, de la cyanose, des phénomènes de collapsus.

33° Fieux (*Bulletin médical*, 5 septembre 1897). — L'A. passe en matière dans le lait des nourrices ; donnée à doses massives, deux cachets de 1 gramme à 2 heures d'intervalle, elle commence à être décelée dans le lait, cinq, six, huit heures après l'ingestion et n'y est plus retrouvée

dix-neuf ou vingt-trois heures après. L'A., pendant ce temps, ne passe dans le lait qu'en proportion excessivement faible, très inférieure à 50 milligrammes par litre.

Elle n'influe en rien sur la qualité du lait et en particulier sur la lactose, la caséine ou le beurre; elle ne paraît nullement agir sur la sécrétion qui reste toujours très copieuse si, du moins, la femme continue à allaiter.

34° Salinger (*Amer. Journ. of med. Sciences*, mars 1890). — Malade atteinte de néphrite interstitielle avec céphalalgies violentes, pour lesquelles on ordonne 0 gr. 30 d'A. toutes les trois heures. Cinq minutes après la première dose, la malade se sentit mal à l'aise, se plaignant d'élancements dans la tête. La respiration devint courte, difficile, les lèvres, la langue commencèrent à enfler d'une façon considérable. Plus tard, respiration de Cheyne-Stockes, pouls rapide, faible, irrégulier, température 38°5, contraction spasmodique des muscles du cou, de la face et du larynx, avec intermittence de une à deux minutes. Guérison après une injection de morphine. Le lendemain, éruption sans démangeaisons. L'état subcomateux dure trente-six heures. Vers le troisième jour, on aperçoit une fausse membrane blanche se former sur la langue, les lèvres et le pharynx, commençant par des taches rondes s'unissant les unes aux autres. Si l'on enlevait cette membrane, la muqueuse située au dessous saignait et elle se reproduisait rapidement. La malade se plaignait de douleurs à la déglutition. Temp. 38°3 à 39°4. Le quatrième jour, expectoration d'une grande quantité de pus fétide. En examinant la bouche de la malade, l'auteur compte 13 petits abcès différents sur les amygdales, les gencives, la base de la langue. Deux mois après, à l'occasion d'un

violent mal de tête, la malade reprit 0 gr. 30 d'A. et les mêmes accidents reparurent (frissons, pouls rapide, gonflement des lèvres et de la langue, contracture des muscles de la face et du cou, urticaire.) Trois mois après, la malade reprit de l'A. et présenta les mêmes symptômes.

35° Youg (*Med. Record*, avril 1890). — Un individu, de 43 ans, prit pour une céphalalgie 0 gr. 40 d'A. Trois minutes après avoir pris ce médicament, il se plaignait d'une sensation bizarre au milieu des narines; quelque temps après, il fut pris d'oppression, de dyspnée, avec douleur dans le cou, les bras, les aines, puis des vertiges, des nausées, des troubles de la vue. Les accidents disparurent en deux ou trois heures.

36° X... (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 4 février 1891). — Un malade, atteint d'une amygdalite avec état fébrile intense, prend 0 gr. 50 d'A., toutes les quatre heures pendant vingt-quatre heures; quelques heures après la dernière dose, urines brunes, foncées, noirâtres, contenant de l'albumine et des hématies. Cet état persista deux ou trois jours.

37° Cappelletti (*Annales de Psychiatrie*, 1893). — Une jeune fille de 23 ans, hystérique, commençait il y a deux ans à souffrir d'accès éloignés de céphalée pour lesquels elle prit de l'A. Les accès se rapprochant, le médicament perdit de sa valeur, tout en restant absolument nécessaire à la jeune malade, qui augmenta progressivement ses doses quotidiennes jusqu'à arriver à 8 grammes par jour; voici les symptômes observés : diminution des forces, insomnie, affaiblissement de l'appétit, douleur de tête permanente, intense, avec bourdonnements d'oreilles;

amaigrissement considérable. Le besoin était si impérieux que vingt à trente minutes avant l'heure où elle prenait le médicament d'habitude, elle était emportée, anxieuse, irritable; si on dépassait l'heure, angoisse, agitation avec soupirs et lamentations.

Le 31 juillet elle entre au Manicome de Ferrare pour se faire soigner.

La dose d'A. ayant été réduite à 2 grammes d'un seul coup, avec dose égale de sulphonal, pour faciliter le sommeil, on observe les phénomènes suivants : nausées, vomissements, anorexie complète, pâleur, petitesse du pouls; degré prononcé de dépression générale, qui oblige la malade à rester étendue sur un lit ou un divan; céphalée intense et sensation pénible d'étourdissement.

A cette dépression, qui dure trois jours, succède un état d'excitation : regards animés, mouvements continuels, loquacité et irascibilité.

On revient à une forte dose d'A. et on administre le bromure de potassium à doses croissantes, 3, 4, 5 et 6 grammes. Après cinq jours de traitement, la malade devenant plus calme, on commence de nouveau à diminuer l'A. tout en continuant les 6 grammes de bromure et en donnant comme toxique le valérianate de quinine. Cette fois encore la malade ressent la diminution du médicament : confusion mentale, irritabilité, céphalée, douleurs au cou et aux bras, douleurs à l'estomac, on ne continue pas moins la dose d'A., qui peu à peu est réduite à 1 gr. 50, tandis qu'en même temps le bromure est porté à 7 grammes, le valérianate de quinine à 0 gr. 60; le soir 2 grammes de sulphonal ou de chloral, pour provoquer le sommeil. En même temps bains tièdes prolongés.

A la dose de 1 gramme d'A., les phénomènes augmentent : abattement, pâleur extrême, insomnie, confusion mentale intense. Suspension des bains prolongés ; diminution du bromure de potassium. La faiblesse, l'insomnie, l'anorexie, les nausées, les troubles psychiques croissent avec la diminution de l'A., le médicament supprimé, apparaissent de nouveaux phénomènes : angoisses, pouls extrêmement petit et lent, fièvre qui dure trois jours et atteint 39° ; paresthésie, parésie de courte durée aux membres ; enfin hallucinations. Ces hallucinations affectant la vue et l'ouïe, la malade voit son frère, sa mère, des spectres effrayants ou de douces figures ; elle entend la voix de son frère, prétend que les médecins et les infirmières lui adressent des propos injurieux. Cet état se maintient durant sept jours. Pour vaincre la faiblesse et réveiller le système nerveux, on prescrit la caféine à la dose de 0 gr. 95 ; on diminue le bromure et on donne toujours à la malade des poudres quelconques en lui affirmant qu'il s'agit de son médicament préféré.

Peu à peu les forces reparaissent, les idées s'éclaircissent, les hallucinations s'affaiblissent et finissent par disparaître. Les douleurs de tête, du cou et des bras s'atténuent considérablement.

L'insomnie, l'anorexie, l'inaptitude au travail mental durent plus longtemps et finissent ainsi par disparaître.

(*A suivre.*) Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 janvier. — Considérations sur la propagation des excitations dans le système nerveux. — M. Benedikt (de Vienne) fait une communication à ce sujet. Il pose d'abord trois lois de biomécanique :

1° La nature arrive au maximum d'effet, à la plus grande perfection, par un minimum d'énergie, dans un minimum de temps avec un minimum de matière la plus convenable sous la forme la plus favorable pour le but fonctionnel ;

2° La seconde loi est celle du luxe anatomique fonctionnel dans la construction des organes et des organismes. Puisque organismes et organes sont des créations pour une certaine durée de vie, ils possèdent, accumulés, un capital d'énergies latentes. Cette loi est extrêmement instructive pour la doctrine de certaines dégénérescences nerveuses ;

3° La troisième loi est celle de la corrélation ou de la mutualité de développement ou de croissance.

Les mécanismes de ces lois sont très nombreux et bon nombre nous restent inconnus. Mais la loi de la corrélation ou de la mutualité de développement est particulièrement intéressante.

Nous connaissons aujourd'hui la corrélation intime et mutuelle de développement du crâne et du cerveau. Nous

pouvons dire de même, qu'en général le même mécanisme existe sans doute aussi pour tous les organes internes et leurs téguments.

La question s'impose si cette connexion n'existe pas aussi bien au cas où l'excitation de développement est remplacée par une idée d'ordre pathologique. Il faut y répondre dans le sens affirmatif et la loi de corrélation physiologique devient ainsi loi de corrélation mutuelle pathologique.

La loi qui régit la transmission des excitations nerveuses de tout ordre ou loi de consonnance est déjà universellement admise pour les sensations optiques et acoustiques. Chaque fibre nerveuse n'est bonne conductrice que pour des excitations spécifiques tandis qu'elle ne réagit pas à des excitations d'un ordre différent. Pendant que les irritations physiologiques ne suivent pour ainsi dire que des sentiers battus, celles de l'ordre pathologique peuvent, en outre, être transmises par des voies impraticables et insolites pour les premières. Les consonnances les plus variées sont mises en jeu selon le siège et la nature du processus pathologique; de sorte que c'est une fois la provocation exclusive des douleurs, une autre fois des convulsions ou des sensations vagues qui suivent les irritations d'un nerf sensitif.

Les irritations morbides peuvent aussi être transmises dans le double sens ordinaire.

Les consonnances morbides sont plus compliquées que les physiologiques.

L'excitation pathologique peut se propager sous trois formes :

1° Propagation fonctionnelle identique aux excitations physiologiques;

2° Propagation sous la forme d'une lésion anatomique. Celle-ci peut être de même nature que la lésion primaire ou elle en diffère comme dans les affections dues aux néoplasmes.

Le phénomène le plus important de la névrologie consiste dans la propagation par sauts du processus secondaire, par propagation incohérente. Cette diffusion est encore plus irrégulière, plus incohérente, dans les néoplasmes que dans les dégénérescences diffuses.

On a supposé que les systèmes organiques dégénérés secondairement ont nécessairement des corrélations physiologiques. Cette supposition est devenue la source d'erreurs fondamentales cliniques, physiologiques et histologiques.

Il faut s'astreindre à poursuivre la séparation et la localisation des différents symptômes et syndromes et créer de nouvelles lois de diagnostic de diffusion.

Accidents causés par le Grammarus pulex apporté avec l'eau de boisson dans l'estomac d'un homme.

Le professeur Laboulbène rapporte l'observation d'un malade qui a rendu par le vomissement un certain nombre de crustacés de l'espèce Grammarus pulex. C'est la première fois que le Grammarus pulex est signalé en France comme pouvant être nuisible après son introduction fortuite dans l'estomac. Le traitement consista dans un vomitif qui fit cesser tout accident gastro-intestinal.

Séance du 11 janvier. — Traitement de la lèpre par la sérothérapie. — M. Hallopeau fait un rapport sur un travail du Dr Laverde relatif au traitement de la lèpre par la sérothérapie. Le Dr Laverde, choisissant un malade

affecté d'une forme mixte de lèpre, lui extirpe plusieurs tumeurs lépreuses. Il recueille ainsi 15 grammes de sang des plaies opératoires et 25 grammes de lépromes qu'il triture, passe au tamis et additionne de 20 grammes d'eau stérilisée; le tout donne un faible résidu et un liquide clair et homogène lequel est injecté séance tenante à la dose de 40 centimètres cubes sous la peau d'un bouc.

L'animal éprouve une réaction fébrile qui dure plusieurs heures et pendant quelques jours une certaine difficulté de la marche. Six ou huit jours après, on peut saigner l'animal et injecter le sérum frais à des malades.

Il se produit constamment après la première injection une réaction fébrile et la peau participe à cette réaction. On peut renouveler l'injection au bout de quelques jours sans inconvénient, et l'on voit peu à peu se produire des modifications importantes aussi bien du côté de la peau et des muqueuses que du côté du système nerveux. En même temps, l'examen microscopique de la peau au niveau des lépromes affaissés permet de constater que le bacille de Hansen n'y figure plus que rarement.

L'auteur est convaincu que le traitement de la lèpre par ce sérum antilépreux peut donner des résultats très considérables et même amener la guérison définitive de la maladie.

M. Hallopeau, n'ayant pas à sa disposition les matériaux nécessaires pour reproduire les expériences du Dr Laverde ne peut que l'encourager à poursuivre la démonstration de ses bons résultats par de nouvelles observations.

Séance du 18 janvier. — *Exulceratio simplex.* — Le professeur Dieulafoy fait une longue communication sur

l'ulcération simple de l'estomac et sur l'intervention chirurgicale dans les hématémèses foudroyantes qui lui sont consécutives. Il rapporte plusieurs observations et termine son exposé par les conclusions suivantes :

1° Outre l'ulcus simplex, cause fréquente d'hématémèse, on peut trouver à l'estomac une perte de substance très superficielle et assez étendue, que je propose d'appeler exulceratio simplex ;

2° L'exulceratio simplex me paraît provoquer des hématémèses aussi terribles, peut-être même plus terribles que la plupart des hématémèses de l'ulcus simplex ;

3° La perte de substance de l'exulceratio simplex ne dépasse pas en profondeur la tunique muqueuse, y compris sa muscularis mucosae.

L'hématémèse foudroyante et parfois mortelle qui en est la conséquence vient de l'ulcération d'une des artères qui rampent sur la muscularis mucosae ;

4° Cliniquement, l'exulceratio simplex peut évoluer avec les signes classiques de l'ulcus simplex de Cruveilhier, dont elle n'est sans doute que le stade initial ; mais, le plus souvent, elle s'installe sournoisement, et même d'une façon absolument latente, ne révélant sa présence que par des hémorrhagies quasi foudroyantes ;

5° L'intervention chirurgicale est le traitement de choix des hématémèses consécutives à l'exulceratio simplex. L'abondance de l'hématémèse, plus encore que la répétition des hématémèses, est une indication formelle de l'opération ;

6° L'opérateur ne devra pas oublier que l'estomac incriminé peut présenter, au premier abord, les apparences d'un estomac sain, bien que l'exulceratio simplex ait entamé quelque part sa muqueuse. D'où le précepte d'exa-

miner minutieusement la muqueuse stomacale et de contrôler, au besoin, à l'aide d'une loupe, la présence de l'exulceratio simplex, à laquelle s'associent parfois des taches d'apparence ecchymotique qui servent de point de repère;

7° A moins d'indications spéciales, on se contentera, au cas d'exulceratio simplex, de pratiquer la suture du territoire saignant, en empiétant un peu sur les parties voisines. Les succès opératoires seront plus certains et plus nombreux au cas d'exulceratio simplex qu'au cas d'ulcus en pleine évolution, car la limitation de la lésion favorise singulièrement l'intervention chirurgicale.

M. Hayem trouve trop absolues les propositions formulées par M. Dieulafoy. Il croit que la guérison de l'exulceratio simplex s'obtient très souvent par des moyens purement médicaux, et en cas d'hémorrhagie très grave on pourra souvent recourir avec un plein succès à la transfusion sanguine ou aux injections intra-veineuses de solutions salines.

M. Lancereaux dit que, dans les cas d'hématémèse grave, il faut toujours rechercher si l'on n'a pas affaire à une lésion du foie ou de la rate avant de porter le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

M. Fournier a vu chez plusieurs malades syphilitiques se développer un ulcère de l'estomac dans lequel tous les symptômes graves disparaissaient promptement sous l'influence de l'iodure de potassium.

M. Cornil dit que l'anatomie pathologique confirme, de la façon la plus nette, le rôle de la syphilis dans la production de l'ulcère de l'estomac. Il a constaté plusieurs fois des gommes de l'estomac et même de l'intestin.

Séance du 25 janvier. — Suite de la discussion sur l'exulceratio simplex. — Le professeur Duplay insiste sur la difficulté que l'on peut rencontrer dans la recherche et la découverte de l'exulcération de la muqueuse stomacale. Pour y remédier il faut après avoir ouvert l'estomac le retourner comme un doigt de gant ce qui permet d'explorer la muqueuse très facilement. En second lieu, M. Duplay conseille vivement de pratiquer des injections intra-veineuses de sérum, non seulement après l'opération, mais pendant la durée de celle-ci, surtout chez les malades déjà épuisés par de violentes hémorrhagies.

La saignée, les vomitifs et le vésicatoire. — M. Albert Robin tente de réhabiliter les émissions sanguines, les saignées en particulier, les vomitifs et le vésicatoire, et il étudie leur mode d'action physiologique.

De ses expérimentations il résulte, dit-il, que pour les saignées :

1° Leur action sur la tension sanguine, si courte qu'elle soit, légitime leur utilité dans les stases sanguines des cardiaques asystoliques, dans l'œdème aigu du poumon et dans l'hémorrhagie cérébrale ;

2° Elles trouvent leur emploi dans les affections où la nutrition est en déchéance, quand cette déchéance n'est pas la conséquence d'une dénutrition exagérée, mais une insuffisance des actes nutritifs démontrée par l'abaissement des échanges respiratoires, de taux de l'urée, des divers coefficients d'oxydation. C'est ainsi que les saignées seront utiles dans la pneumonie et dans les auto-intoxications.

Quant aux vomitifs, ce sont de puissants agents d'oxy-

dation qui, dans les infections bronchiques sont supérieurs à la médication antiseptique.

Le vésicatoire, si décrié de nos jours, produit toujours un effet marqué sur le chimisme respiratoire et sous son influence les échanges respiratoires subissent une augmentation presque constante.

M. Le Roy de Méricourt appuie l'opinion du Dr Robin et insiste sur l'effet de l'ipéca dans la dysenterie et au début des fièvres pernicieuses.

M. Trasbot signale aussi les bons effets de la saignée chez les chevaux pour combattre la congestion généralisée du poumon dans la pneumonie, la congestion médullaire et celle de l'intestin. L'émétique est aussi très utile dans le traitement de la pneumonie du cheval. Quant au vésicatoire, il doit être manié avec prudence chez le cheval, surtout à cause de sa réaction sur les reins, mais dans certaines maladies, la pleurésie entre autres, c'est un puissant moyen d'action.

M. Huchard partage l'avis de M. Robin pour la saignée et les vomitifs. Quant aux vésicatoires, on en a tellement abusé qu'il croit qu'ils ont fait plus de mal que de bien et il trouve que ses contre-indications sont très nombreuses.

M. Laborde a constaté, dans ses expériences sur les animaux, que le vésicatoire peut non seulement augmenter un épanchement mais même en produire de toutes pièces. Cette discussion ne manque pas d'intérêt pour les médecins homœopathes.

Dr G. Nimier.

SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. La perméabilité rénale et la composition des urines dans la congestion d'origine cardiaque et dans le mal de Bright. — II. Présence du bacille diphthérique dans le sang et les centres nerveux bulbo-protubérantiels. — III. Imperméabilité rénale et hyperglycémie dans le diabète. — IV. Lésions médullaires rencontrées chez un malade atteint de paralysie agitante. — V. Phlébite de la jambe consécutive a une angine a streptocoques. — IV. Microbes du rhumatisme ; endocardite mitrale expérimentale. — VII. Relèvement de l'épiglotte par la méthode rétrograde, dans le tubage du larynx.

I

(*Séance du 14 janvier.*) — MM. Achard et Castaigne ont poursuivi leurs études sur la perméabilité rénale au moyen du bleu de méthylène ; ils ont étudié comparativement les urines des cardiaques asystoliques et des malades atteints de néphrite ; ils sont arrivés à des conclusions très différentes dans les 2 cas. Chez les cardiaques en asystolie, alors qu'il n'y a pas de lésions profondes des reins et qu'il s'agit d'accidents purement circulatoires, le bleu de méthylène passe dans l'urine dès la première heure et son élimination ne se prolonge pas au delà des délais normaux. Comme les urines sont rares et concentrées, elles prennent rapidement une teinte bleue très foncée ; l'élimination de la matière colorante se fait d'une manière en quelque sorte massive, et il en résulte un type d'élimination un peu spécial.

Les expériences faites sur 9 cardiaques asystoliques ont

montré que le bleu de méthylène passe dès la première heure ; le maximum de coloration se montrait de la deuxième à la sixième heure et durait de quatre à dix-sept heures ; l'élimination se terminait après trente-cinq à soixante-quinze heures. Chez 7 de ces malades, il y avait de l'albuminurie qui s'élevait même, chez 2 d'entre eux, jusqu'à 6 grammes.

Il est a remarquer en outre que chez ces malades il y avait *oligurie* et que les matériaux fixes et en particulier l'urée étaient en quantité à peu près normale. Il faut aussi établir qu'il s'agissait de cardiaques aystoliques, présentant seulement de la congestion rénale ; s'il y avait eu des lésions graves des reins, on aurait trouvé les résultats contraires, c'est-à-dire très peu d'imperméabilité rénale et diminution des matériaux fixes et de l'urée, comme lorsqu'on observe des malades atteints de néphrites.

Dans ce cas, il y a retard dans l'apparition de bleu, et cela se voit très bien dans la néphrite interstitielle. De plus, la matière colorante ne traverse pas les reins en grande quantité à la fois, de sorte qu'on ne voit pas nettement de maximum d'élimination. La durée de l'élimination est très variable : elle peut être très abrégée, mais elle peut aussi se prolonger d'une façon excessive, huit jours et davantage. Cette prolongation anormale se reconnaît surtout lorsqu'on emploie comme réactif la nitrobenzine, qui, agitée avec l'urine, entraîne la matière colorante en prenant une teinte vert clair ; on peut ainsi déceler des traces de bleu que le chloroforme serait impuissant à révéler.

Cette prolongation inusitée de l'élimination coexiste habituellement avec un retard dans le passage du bleu. Mais elle peut aussi exister seule, le bleu apparaissant dans le délai normal de la première heure.

Cette diminution de la perméabilité rénale peut coexister dans la néphrite interstitielle avec de la *polyurie* ; il n'y a donc pas rapport entre la perméabilité des reins et la quantité urinaire.

II

(*Séance du* 21 *janvier.*) — M. Barbier avait signalé dans deux communications antérieures la présence du bacille de la diphtérie dans le sang, les poumons, la rate et surtout dans les centres nerveux bulbo-protubérantiels ; M. Richardière rapporte aujourd'hui de nouvelles observations qui confirment les faits de M. Barbier.

Il s'agit de 4 observations : dans la première, le bacille de la diphtérie a été trouvé dans le poumon, le bulbe et la protubérance ; dans la deuxième, le bacille de Lœffler existait dans la protubérance, le bulbe, le sang du cœur et le poumon ; il en était de même dans la troisième ; dans la quatrième, la protubérance seule le contenait.

III

MM. Achard et E. Weil font une communication sur l'*imperméabilité rénale et l'hyperglycémie dans le diabète* ; ils rappellent d'abord que la diminution de la glycosurie chez les diabétiques n'est pas toujours un signe d'amélioration ; en outre qu'il n'y a pas toujours de rapport entre le quantité du sucre rendu dans les urines (glycosurie) avec la quantité du sucre du sang (glycémie) ; ainsi on peut rencontrer des diabètes graves avec une glycosurie considérable et avec une proportion de sucre dans le sang sensiblement semblable à la proportion normale (2 gr. 50 par litre). Dans d'autres cas, au contraire, la glycosurie est faible et l'hyperglycémie considérable ; dans ce cas

l'imperméabilité du rein met obstacle à l'élimination du sucre.

M. Lépine a récemment publié le cas d'une femme glycosurique, morte avec des lésions rénales étendues, au milieu d'accidents comateux ressemblant plus au coma urémique qu'au coma diabétique, et chez qui l'hyperglycémie était vraiment exceptionnelle, puisqu'elle atteignait le taux de 10 gr. 6 par litre de sang.

MM. Achard et Weil rapportent une observation analogue, dans laquelle l'épreuve de la perméabilité du rein par injection de bleu de méthylène a démontré que le rein était très peu perméable ; or a ce moment l'urine contenait 5 gr. 1 par litre ; l'autopsie démontra qu'il existait des lésions histologiques des reins.

Il y a lieu de conclure de ces recherches, qu'il n'y a pas toujours relation entre la quantité du sucre éliminée et la quantité du sucre contenu dans le sang; que lorsque la quantité du sucre urinaire diminue et que la perméabilité du rein est très faible, le pronostic doit être mauvais.

A la séance suivante, M. Troisier vient parler d'un de ses malades atteint de diabète grave; il s'agit d'un homme de 31 ans, devenu diabétique il y a trois ans, à la suite de violentes émotions. Entré à l'hôpital le 20 décembre dernier, il raconte qu'il a maigri de 20 kilogs depuis trois mois et que tous les symptômes diabétiques ont pris en même temps une intensité excessive; son haleine exhale une forte odeur d'acétone.

Il urine 15 à 20 litres par jour; la glycosurie est énorme (55 à 60 gr. de sucre par litre) et l'azoturie très élevée (4 à 5 gr. d'urée par litre). Il excrète donc en moyenne

par jour 1000 gr. de sucre et 100 gr. d'urée. L'urine contient de l'albumine (0,12 par litre et 2 gr. par jour); cette albumine est entièrement formée de globuline.

M. Troisier lui a fait, la veille, une injection de 2 centimètres cubes d'une solution de bleu de méthylène à 1/20. Une demi-heure après l'injection, l'urine était déjà fortement colorée; une heure et demie après la coloration était à son maximum et l'élimination continua en diminuant les heures suivantes. C'est un cas tout à fait opposé à ceux auxquels faisaient allusion MM. Achard et Weil.

IV

M. Gilbert Ballet expose les lésions médullaires qu'il a rencontré chez un malade atteint de paralysie agitante. Il rappelle combien la pathogénie de cette maladie est obscure et il passe en revue les diverses lésions des centres nerveux rencontrées dans les autopsies : lésion de la couche optique; lésion pédonculaire; oblitération du canal central de la moelle; lésions scléreuses péri-épendimaires ou des cordons blancs; atrophie sénile des cellules, etc.

Chez le malade observé par M. Gilbert Ballet, les centres nerveux ne présentaient pas de lésions macroscopiques; il y avait des lésions microscopiques, qui ont été révélées à l'examen des coupes traitées par la méthode de Nissl, c'est-à-dire pratiquées après durcissement dans l'alcool à 95° et imprégnées par le bleu de méthylène ou le bleu dit polychrome. A la région cervicale comme à la région lombaire, les cellules des cornes antérieures, en nombre sensiblement normal, sont comme ratatinées, beaucoup sont à formes arrondies ou en raquettes, le pigment y est très abondant. Ces lésions rappellent celles de l'involution sénile. Mais

ce qui frappe sur toutes les coupes examinées au renflement supérieur comme au renflement inférieur, mais plus peut-être au niveau du renflement lombaire, c'est le nombre considérable des ruptures de prolongements qu'on y voit. Ces ruptures se constatent également sur les préparations colorées au bleu de méthyle et au violet polychrome, mais plus nettement sur ces dernières, le violet polychrome colorant mieux les prolongements que le bleu de méthyle. Elles existent dans la moitié gauche comme dans la moitié droite de la moelle, et ne paraissent prédominer spécialement sur aucun groupe de cellules. Elles intéressent *un* ou plus souvent *plusieurs* des prolongements protoplasmiques de chaque cellule, à une distance variable, mais en général assez près du corps cellulaire, qui, sur plusieurs points, est lui-même directement intéressé et comme fragmenté.

Il y a aussi quelques ruptures, mais beaucoup plus rares sur les prolongements des cellules des cornes postérieures.

Voici les lésions histologiques relevées par M. Gilbert Ballet. Des recherches ultérieures pourront seules contrôler leur importance.

V

(*Séance du* 28 *janvier.*) — MM. Troisier et Decloux lisent une observation consécutive à une angine pultacée.

Un garçon de 19 ans entre à l'hôpital Beaujon le 13 décembre 1897 pour une angine caractérisée par la rougeur du pharynx, la tuméfaction des amygdales, qui présentent à leur surface des concrétions pultacées, isolées les unes des autres et se détachant assez facilement. Un

ganglion douloureux et légèrement tuméfié sous l'angle de la mâchoire, à gauche. En même temps, très grande gêne de la déglutition, céphalalgie, courbature générale. Pas d'albumine dans l'urine. La température rectale n'est que de 37°6, mais la veille le malade avait eu un violent accès de fièvre. Cette angine présentait donc tous les caractères de l'angine pultacée ou herpétique. Une culture faite sur sérum donna le lendemain des colonies pures de streptocoques.

Trois jours après, toute trace d'angine avait disparu et le 19 décembre le malade sort quoiqu'encore fatigué.

Le 21 au soir, douleur à la jambe droite au niveau du creux poplité.

Il rentra le 23 à l'hôpital pour une phlébite des veines de la jambe droite, phlébite assez bénigne qui guérit vite.

VI

Dans une communication antérieure, MM. Triboulet et Coyon avaient indiqué comme microbe du rhumatisme un coccus en points doubles; ils ont continué leurs recherches sur cinq sujets nouveaux et chez ces cinq malades ils ont isolé le même coccus en point doubles.

Mais ce qui est plus important et ce qui semblerait bien indiquer que leur diplocoque est bien le microbe du rhumatisme, c'est qu'ils ont produit des lésions cardiaques expérimentales au moyen de ce microbe. Ayant inoculé, le 1er janvier, un lapin, en lui injectant dans la veine marginale 12 centimètres cubes d'une culture pure en bouillon anaérobie de onze jours, de ce diplocoque, ils ont assisté à l'évolution d'un état infectieux, modéré, caractérisé par une température oscillant entre 39°,2 et 40°,5,

au vingtième jour duquel l'animal a succombé à un rétrécissement mitral aigu, d'origine expérimentale.

Ce qui frappe avant tout, c'est l'intensité des *lésions de l'endocarde* et leur similitude avec celles du rhumatisme articulaire aigu de l'homme. Comme elles, les lésions expérimentales sont denses, fibreuses, nacrées, quasi-élastiques, mais *non ulcéreuses*. Ces lésions ont envahi tout le circuit de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche au point de déterminer un rétrécissement mitral assez serré pour n'admettre que le passage d'une sonde cannelée, aussi en est-il résulté une dilatation mécanique du cœur gauche, avec hypertrophie considérable. L'autopsie avait révélé, en outre, la présence de liquide péricardique (2 centimètres cubes), l'existence d'une pleurésie bilatérale de 10 à 12 centimètres cubes environ, tous liquides franchement séreux, renfermant des flocons de fibrine. Par contre, le péritoine et les séreuses articulaires étaient absolument indemnes. La culture directe du sang du cœur et celle de différents viscères ont fourni des cultures pures et typiques du coccus en points doubles inoculés.

Il est à remarquer que si ce microbe n'a pas reproduit complètement le rhumatisme, puisque les fluxions articulaires manquaient, les affections viscérales et la fièvre ont été reproduites.

VII

M. Bayeux, qui s'est beaucoup occupé du tubage de la glotte, a imaginé une méthode pour le relèvement de l'épiglotte, qui est souvent la partie la plus difficile du tubage. Il est nécessaire de relever complètement l'épiglotte pour pouvoir introduire le tube, et lorsqu'on se trouve en présence d'une épiglotte longue et mince ou d'une épiglotte

courte et globuleuse, ce redressement peut être très difficile.

Voici la méthode qu'il a imaginée et qu'il appelle la méthode rétrograde.

Il convient de relever l'épiglotte tout entière en un temps, et, en conséquence, de l'attaquer primitivement par derrière, dans toute sa hauteur; il est nécessaire d'avoir d'emblée placé l'index dans le plan médian vertical, antéro-postérieur, du larynx, en y cherchant un point de repère fixe, facile à reconnaître et constant.

Ce point de repère nous est fourni par l'extrémité supérieure de la crête rétro-cricoïdienne qui sépare l'une de l'autre les insertions des muscles crico-arythénoïdiens postérieurs : elle se trouve dans le plan laryngé médian, elle est constante, elle est toujours à portée du doigt, sauf chez les très grands enfants; enfin, elle commence au voisinage même du vestibule laryngé, juste au-dessous des articulations crico-aryténoïdiennes. Lorsqu'on l'a trouvée, un simple mouvement ascensionnel rétrograde amène la phalangette au contact de l'épiglotte, dans toute la hauteur de sa face laryngée, qu'on attaque ainsi par sa base et non par sa pointe; l'épiglotte se relève alors sans difficulté dans la très grande majorité des cas.

Le toucher laryngé et le *relèvement de l'épiglotte par la méthode rétrograde* consiste donc, en somme, à porter d'emblée le doigt non pas sur l'épiglotte, mais sur la face *postérieure* du chaton cricoïdien pour y sentir la crête verticale médiane, point de repère capital.

Dans un premier temps, on porte l'index gauche directement dans le fond du pharynx, jusqu'à sentir les corps vertébraux; l'index doit éviter de frotter sur la langue, toujours chargée de germes, mais suivre au contraire la

voûte palatine et le voile; ce premier mouvement, effectué franchement, ne provoque pas de réflexe nauséeux.

Dans un second temps, on descend le long de la paroi pharyngienne, jusqu'à ce que l'on sente la face postérieure du cricoïde et, par suite, l'arête médiane; le doigt est alors serré entre le cricoïde et la colonne vertébrale; en l'enfonçant un peu, on ramène en totalité le larynx en avant.

Le troisième temps consiste à ramener simplement le doigt en avant; le larynx retourne en arrière, la phalangette rencontre la face postérieure de la sangle aryténoïdienne qui s'abaisse, et la face postérieure de l'épiglotte qui se laisse alors facilement relever en totalité.

En résumé, trois temps :

1° Toucher pré-vertébral;

2° Descente rétro-cricoïdienne;

3° Relèvement épiglottique rétrograde.

D'apparence plus compliquée que la méthode de toucher par voie directe, cette méthode est aussi simple et présente l'avantage de se baser sur un point de repère fixe et précis, dans une région où tout est fuyant.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE, EN PARTICULIER CHEZ LES CHLOROTIQUES.

Dans cette thèse, faite dans le service du Prof. Potain, M. Papillon nous donne quelques signes importants permettant de prévoir la tuberculose chez les jeunes filles chlorotiques ; de distinguer celles qui sont de simples chlorotiques et celles qui sont des tuberculeuses au début.

Toute chlorotique doit être considérée comme en voie ou tout au moins en imminence de tuberculose, si le rapport du poids de son corps, exprimé en hectogrammes, à la taille, exprimée en centimètres — rapport qui représente le degré de *corpulence* — est inférieur à 3 ; si la capacité respiratoire, évaluée au spiromètre, est inférieure à 3 litres pour un sujet de taille moyenne et à 2 litres 1/2 lorsqu'il s'agit d'une personne de petite taille ; si le périmètre thoracique est inférieur à la demi-taille ; enfin et surtout lorsque le pouls et la pression artérielle offrent certains caractères particuliers.

La fréquence du pouls varie suivant l'attitude du corps dans l'état normal ; chez les tuberculeux, au début, au contraire ; le nombre des pulsations est le même quelque soit la position du malade ; mais, signe plus important, il y a toujours une diminution marquée de la pression artérielle ; au lieu de varier de 15 à 18 centimètres de mercure, comme chez l'homme sain, la pression arté-

rielle est inférieure à 13 centimètres. (*Semaine médicale*, 22 Janv.)

EMPOISONNEMENT DU A L'APPLICATION DE COMPRESSES PHÉNIQUÉES SUR LA PEAU.

M. Lucas a déjà publié deux cas d'empoisonnement graves par l'absorption d'acide phénique, appliqué sur la peau dans un but d'antisepsie préopératoire. Les principaux symptômes avaient été du collapsus et du coma durant plusieurs heures ; mais si graves qu'ils eussent été, ils guérirent tous deux.

Depuis il a observé le cas suivant : Une fillette de 5 ans qu'on devait opérer pour une courbure rachitique des deux tibias. Le 15 juillet, la jambe gauche et le pied furent bien lavés et enveloppés de compresses imbibées d'une solution à 2 0/0 de lysol, l'ostéotomie devant être pratiquée le jour même. Mais l'opération dut être remise au lendemain. Le 16 juillet à 11 heures 45, le membre fut encore lavé et recouvert d'une compresse trempée dans une solution phéniquée à 5 0/0. La compresse recouvrait le pied et la moitié de la jambe. A midi et demi, l'enfant criait parce qu'on avait supprimé son repas et paraissait tout à fait bien. A 1 h. 30, on s'aperçut qu'elle gisait dans son berceau, pâle et sommeillant. Son état s'aggrava, la pâleur augmenta jusqu'à 3 heures. Le chirurgien résident la vit à ce moment très pâle, froide, couverte de sueur ; les lèvres et la langue étaient violacées presque noires, d'une teinte très différente de la cynose ordinaire. Le sang noir paraissait aussi sous la peau et ajoutait à la pâleur une teinte très frappante. La malade n'était pas tout à fait dans le coma, elle sentait

encore une excitation douloureuse telle que la piqûre d'une aiguille hypodermique. Les membres étaient flasques mais étaient capables de quelques mouvements sous l'influence d'excitations fortes. Les reflexes étaient tous très obtus et très lents ; celui de la conjonctive existait encore mais très faible et très lent. Les pupilles étaient largement dilatées. Le pouls était faible, rapide, presque imperceptible et incomptable. Le choc du cœur était faible, diffus, et déplacé en dehors, les bruits cardiaques étaient sourds. Il y avait évidemment une dilatation considérable du cœur droit.

La compresse fut enlevée sur le champ et la peau lavée, on appliqua des bottes d'ouate et l'enfant fut roulée dans des couvertures chaudes. Dix gouttes d'alcool furent injectées sous la peau et quinze gouttes une heure après. La malade était mieux ; le pouls devenait plus lent et plus fort ; la peau se réchauffait et la pâleur livide du visage était remplacée par de la rougeur. Les pupilles se contractèrent alors. La malade eut encore plusieurs vomissements bilieux. Le coma cédait progressivement mais l'enfant ne fut réellement consciente que le lendemain.

A aucun moment il n'y eut d'élévation de la température, ni de délire.

Les urines émises dans la nuit et le lendemain matin étaient d'une couleur vert sale particulière et devenaient noires en prenant la réaction alcaline.

L'enfant resta pâle et faible pendant quelques jours mais se remit complètement. (*Journal de clin. et de thérap. infant.*, 9 sept. 1897.)

EXTIRPATION COMPLÈTE DE L'ESTOMAC DANS UN CAS DE CANCER.

M. Schlatter, de Zurich, ayant fait une laparotomie chez une femme atteinte de cancer de l'estomac, dans le but de pratiquer une gastro-entérostomie, rencontra un cancer diffus, néoplasie qui avait épaissi la totalité des parois de l'organe et s'étendant du cardia au pylore. Il enleva complètement l'estomac et, ne pouvant réunir le cardia au duodénum, il sutura celui-ci après invagination, amena une anse du jéjunum au-dessus du côlon transverse et y aboucha le cardia.

Il y a quatre mois de l'opération ; la malade a un peu engraissé, elle digère assez bien et a eu quelques vomissements; les recherches chimiques sur les gardes-robes montrent que les digestions se font à peu près aussi bien que lorsque l'estomac existait. (*Semaine médicale*, 22 janvier.)

DEUX CAS D'ÉRYTHÈME RADIOGRAPHIQUE DES MAINS.

MM. Paul Richer et A. Londe ont observé deux malades qui ont présenté des altérations cutanées aux mains après une exposition prolongée aux rayons X, exposition durant plusieurs heures par jour, pendant plusieurs mois consécutifs. Les rayons employés étaient toujours d'une grande intensité.

L'affection siège exclusivement aux mains, parce que les mains servant, par leur interposition, à comparer les divers degrés de fluorescence des écrans, ont surtout été exposées à l'action des rayons X.

Cette affection cutanée présente les caractères suivants :

La peau est lisse, luisante, rouge, violacée, offrant un peu la coloration des engelures.

La surface en est durcie, comme parcheminée. La peau paraît un peu épaissie et se laisse plus difficilement déplacer sur les parties profondes.

Les plis, rides et sillons sont très accentués; et le fond des plis, d'aspect blanchâtre, s'ulcère quelquefois. Il se produit alors quelque chose d'analogue aux crevasses survenant sous l'influence du froid.

L'épiderme s'écaille et s'enlève par places. La face palmaire, chez l'un de nos sujets, présente le même aspect de sécheresse, de dureté et de plis blanchâtres.

Les poils de la face dorsale de la main et des doigts ont complètement disparu, et leur place est marquée d'un point noir correspondant au bulbe pileux. Sur un de nos sujets, l'annulaire muni d'une grosse bague en or a conservé à ce niveau, à l'endroit circulaire recouvert par le bijou, l'aspect normal de la peau. A la face dorsale existe encore une petite touffe de poils, les seuls qui persistent sur toute la main.

Les ongles n'ont pas subi une altération moins profonde. Ils sont aplatis, amincis, friables, striés, comme plissés longitudinalement et douloureux à la pression. On est en droit de se demander si, comme les poils, ils ne finiraient pas à la longue par disparaître.

Les mouvements des doigts et de la main, dans leur ensemble, sont gênés par la raideur de la peau. On observe un léger degré de tremblement. La force musculaire n'a pas paru diminuée et il n'y a pas d'émaciation.

Il n'existe pas de douleurs, à proprement parler, mais une sensation de gêne et, par instants, à l'extrémité des

doigts, une sensation de serrement analogue à celle produite par des gants trop étroits.

En même temps, le sens du toucher est légèrement obscurci. Par contre, chez l'un de nos sujets, le plus gravement atteint, il se serait développé une sensibilité spéciale. Il prétend, en effet, qu'il peut reconnaître la présence et l'intensité des rayons X à une sensation de chaleur spéciale sur sa main, sensation qu'il dit ne pas confondre avec les picotements des effluves électriques. (*La France Médicale*, 11 juin 1897.)

ULCÈRES PHÉNIQUÉS.

M. Du Castel présente à la Société de dermatologie une malade atteinte d'ulcères des deux jambes : la malade qui souffrait de varices enflammées aux jambes s'est appliquée, sur les conseils d'un médecin, des compresses imbibées d'une solution phéniquée. Il y avait trois ans qu'elle continuait fidèlement ce traitement quand elle est venue nous trouver. Peu de temps après le début de ces applications il survint sur la peau une légère irritation qui s'accentua, bientôt suivie d'une petite plaie qui grandit, s'étendit progressivement jusqu'à faire la large ulcération que vous voyez et qui envahit toute la jambe.

La suppression des compresses qui ont été remplacées par des compresses amidonnées boriquées a amené une amélioration immédiate. (*Médecine moderne*, 12 juin 1897.)

DEUX REMÈDES DE LA COQUELUCHE ; MEPHITIS ET MAGNESIA PHOSPHORICA.

Nous empruntons à la *Revue homœopathique belge* (avril

1897), les indications de ces deux médicaments dans la coqueluche ; elles sont tirées d'un travail relatant les indications de nos remèdes habituels : *Drosera*, *corallia*, etc.

Mephitis. — Ce médicament est utile dans la toux accompagnée d'un spasme du larynx bien marquée. La toux est plus prononcée la nuit au lit ; l'enfant éprouve un sentiment de suffocation, et expire difficilement. Farrington fait observer que ce remède semble souvent produire une aggravation du mal, tandis que réellement il tend à en diminuer la durée. Dans les cas justiciables de *mephitis*, les symptômes de catarrhe sont légers mais le sifflement prédomine. La suffocation se produit en même temps que la toux, tandis que dans *corallium rubrum* elle survient avant la toux et est suivie d'un grand épuisement. Dans *mephitis* l'expectoration est peu abondante. Fisher, dans son *Traité sur les maladies des enfants*, préfère *naphtaline* à *mephitis* dans la coqueluche ; et, en effet, ce médicament donne souvent de très bons résultats. Hahnemann préconise aussi *ledum*, qui provoque une toux spasmodique fatigante.

Magnesia phosphorica. — C'est le grand remède de Schüssler dans la coqueluche, lorsque cette affection débute comme un refroidissement. Les accès sont convulsifs et nerveux et se terminent par le cri du coq. Cliniquement, j'ai obtenu d'excellents résultats de ce médicament à la 30e dilution ; il agit merveilleusement dans certaines épidémies. Les indications sont : toux avec paroxysmes violents, face bleuâtre, tuméfiée ou livide, cri du coq très marqué.

TRAITEMENT DES BRULURES AU DEUXIÈME ET AU TROISIÈME DEGRÉ PAR LE THIOFORME.

M. Radkevitch eut recours, dans plus de 100 cas de brûlures, au traitement par le thioforme préconisé par Hoffmann. Dans la majorité des cas, il s'agissait de brûlures déterminées par la fonte fondue (85 cas); dans 2 cas la brûlure était résultée de l'action prolongée du fer chauffé; dans 2 cas, de vêtements ayant pris feu; dans 10 cas il s'agissait de brûlures par de l'eau bouillante et des vapeurs. Enfin dans 2 cas les brûlures avaient été déterminées par une explosion de poudre. L'étendue la plus considérable était celle d'une demi-feuille de papier écolier; la plus petite mesurait à peu près 4 centimètres carrés. Dans un certain nombre de cas la bulle était restée intacte; le plus souvent au contraire elle avait été déchirée et la brûlure assez infectée. Le traitement se faisait de la façon suivante :

Dans les brûlures récentes pour calmer la douleur on appliquait pendant un jour des compresses trempées dans une solution saturée de salpêtre; ces compresses étaient souvent renouvelées le jour suivant; on saupoudrait la région brûlée par une couche épaisse de thioforme. Dans les cas où cette couche s'imprégnait de liquide on ajoutait de la poudre d'iodoforme jusqu'à ce qu'il se formât une croûte résistante. Il suffisait ordinairement pour cela de 2 à 4 jours suivant les cas. La couche de thioforme peut être recouverte de gaze stérilisée; il vaut cependant mieux laisser la plaie saupoudrée par le thioforme ouverte. En procédant ainsi on n'a jamais observé d'accidents.

Au bout de quelques jours il se forme sous la croûte de thioforme une très bonne cicatrice; alors, la croûte

enduite préalablement par un corps gras quelconque s'enlève facilement. Une fois la croûte formée, le malade n'a plus besoin d'être surveillé par le médecin, ce qui évidemment est très important pour les ouvriers. Il arrive parfois dans les cas de brûlure étendue que la croûte se casse, ce qui provoque une légère hémorragie; on l'arrête facilement en saupoudrant la plaie avec du thioforme.

On n'a jamais constaté la moindre influence fâcheuse du thioforme sur l'état général des malades; au contraire, l'état général s'améliorait très rapidement en même temps que la température baissait, c'est-à-dire le deuxième ou le troisième jour après le commencement du traitement.

La guérison survenait plus rapidement avec le thioforme qu'avec les autres substances très préconisées dans ces dernières années. (*Médecine moderne*, 5 juillet 1897.)

TRAITEMENT DES MORSURES DE SERPENT.

Le Bulletin de thérapeutique a récemment publié une lettre de M. Corislano d'Utra, de Saint-Paul (Brésil), qui indique un mode de traitement des morsures de serpent qui lui a, paraît-il, réussi sur plus de 100 personnes, sans qu'il ait eu à déplorer un seul décès. Ce traitement consiste à administrer au malade 2 grammes de calomel dans 30 grammes de jus de citron et à répéter la dose toutes les deux heures; à la troisième dose, le malade est hors de danger, et le lendemain il peut vaquer à ses occupations.

M. Corislano d'Utra signale ensuite, dans sa lettre, un moyen préventif bizarre, qui permet d'éviter les morsures de serpent : ce moyen consiste à porter sur soi 5, 10 ou

20 grammes de sublimé dans un petit sachet, attaché à un endroit quelconque du corps.

« Chose admirable, dit-il, les serpents s'enfuient à l'approche d'une personne munie de cette substance, et, s'ils arrivent à mordre, la piqûre est inoffensive. Il n'y a pas longtemps, un chien, protégé de la sorte, a poursuivi un serpent à sonnettes qu'il a mis en morceaux après avoir été piqué au museau et sur différentes parties du corps; ce chien toujours alerte, continua la chasse, et il vit encore.

« Ce sont-là, ajoute-t-il, les moyens neutralisants et préventifs dont je me sers, et qui sont pratiques, infaillibles et à la portée de tous. » (?) (*Médecine moderne*, 17 juillet.)

EMPOISONNEMENT PAR LES ÉCREVISSES SIMULANT L'INTOXICATION ATROPINIQUE.

Un confrère russe des provinces baltiques, M. le Dr E. Fischer (de Sagnitz), a observé dans une même maison trois cas rappelant l'intoxication par l'atropine et concernant un homme et deux femmes qui avaient mangé des écrevisses. Après avoir eu plusieurs vomissements bilieux, ces malades furent pris de sécheresse de la gorge avec gêne de la déglutition, de troubles de l'accommodation avec dilatation légère des pupilles, de constipation opiniâtre, de faiblesse générale et d'obnubilation de l'intelligence, tous phénomènes coexistant avec la suppression de la fonction sudorale. On ne parvenait à obtenir quelques évacuations alvines qu'en administrant l'huile de ricin, le séné et le sulfate de magnésie à haute dose et en secondant l'action de ces médicaments par des irrigations rectales

à l'eau de savon. Mais ce traitement n'eut aucune action sur les symptômes d'empoisonnement, lesquels ne cessèrent que sous l'influence d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine à la dose de 0 gr. 01 centigramme, injections qui amenaient chaque fois une sudation et une salivation abondantes. Quant aux troubles de la vue, ils cédèrent à des instillations d'une solution d'ésérine à 0,5 p. 0/0 faites dans les culs-de-sac conjonctivaux et répétées deux fois par jour à la dose d'une ou deux gouttes. (*Semaine médicale*, 29 *décembre*.)

VARIÉTÉS

SOUSCRIPTION POUR ÉLEVER UN MONUMENT A HAHNEMANN.

Voici la circulaire qui a été adressée à toutes les sociétés homœopathiques du monde entier :

Monsieur le Président,
MM. les Membres de la Société homœopathique.

Emu par un sentiment de respect pour la mémoire du fondateur de l'Homœopathie, le dernier Congrès homœopathique de Londres a formé un Comité international dans le but d'élever à Samuel Hahnemann un tombeau digne de lui.

Les restes mortels de Hahnemann reposent sous une tombe inculte et misérable.

La Société homœopathique française, d'accord avec le Comité international, vient enfin, après cinquante-cinq années d'oubli et d'abandon, d'obtenir un acte signé par l'héritière de Hahnemann dans lequel elle l'autorise à

élever un monument funéraire sur sa tombe et à l'entretenir à perpétuité.

Messieurs ! S'il est un lieu qui mérite le culte du souvenir, c'est bien celui où reposent les cendres de notre illustre Maître.

Nous nous proposons donc d'élever par souscription internationale un monument funéraire à Samuel Hahnemann.

A cette glorification de Hahnemann sont conviés tous les homœopathes du Monde entier, tous les membres de la grande famille homœopathique sans exception.

Nous vous prions de venir nous aider dans cette entreprise commune et d'employer pour votre pays les moyens de propagande que vous jugerez convenables afin de recueillir des souscriptions.

A cet effet, le Comité international serait très honoré si vous vouliez bien désigner un membre de votre Société pour se charger de l'Œuvre du tombeau de Hahnemann et avec lequel *il puisse correspondre.*

La date de l'inauguration du monument est fixée à l'époque du Congrès international homœopathique de Paris en 1900.

Le temps est donc court et nous vous serions reconnaissants de vouloir bien vous en occuper le plus tôt possible.

Veuillez honorer d'une réponse un des membres du Comité, de préférence Monsieur le Président ou le Secrétaire.

Daignez agréer, Monsieur le Président et Messieurs les membres de la Société homœopathique, l'expression de notre haute considération.

Signatures :

Dr Léon DE BRASOL, président du Comité, 8, Nicolaïevskaïa, Saint-Pétersbourg, Russie.

Dr François CARTIER, secrétaire, 18, rue Vignon, Paris.

Dr Richard HUGHES, 30, Silwood Road, Brighton, England.

Dr BUSHROD JAMES, N. E. Corner, 18 th and Green street, Philadelphia, Pa. U. S. A.

Dr Alexander Von VILLERS, Lüttichaustrasse, 7, Dresden, Deutschland.

PREMIÈRE LISTE DES SOUSCRIPTEURS.

Dr Tysdale Talbot, de Boston (États-Unis) . . Fr.	20
Dr J. H. Clarke, de Londres	125
Le Pasteur Kouroschinsky, d'Odessa, Russie. . .	7
Dr L. Simon, de Paris	100
Dr Chancerel, père, de Paris.	100
Dr Marc Jousset, de Paris.	50
La Société française pour la propagation de l'homœopathie.	500
Dr Jousset, père, de Paris	100
The British homœopathic Society	250
Dr James Love, de Paris	50
Dr Heermann, de Paris	100
	1.402

NÉCROLOGIE

MORT DU Dr GALLAVARDIN.

Encore un ouvrier de la première heure qui disparaît, après avoir marqué sa place dans l'établissement de la thérapeutique hahnemannienne. Homme aux fortes convictions, Gallavardin était doué de maîtresses qualités. Intelligent, actif, laborieux, il est mort plus que septuagénaire et a travaillé jusqu'aux dernières années de sa vie.

Dans la première partie de sa carrière, sous le titre de « causeries cliniques », il a publié dans l'*Art médical* une suite de monographies du plus grand intérêt, parmi lesquelles surtout nous devons remarquer son travail sur les *paralysies phosphorées* (1862).

Dans ce mémoire, Gallavardin a réuni toutes les observations de paralysies causées par le phosphore, puis, dans un autre chapitre, tous les cas de paralysies guéries par le phosphore. Il a contribué ainsi à préciser les indications d'un nouveau médicament dans le traitement des paralysies. Gallavardin a passé les dernières années de sa vie à poursuivre un travail obstiné, ce que nous avons cru devoir appeler une utopie regrettable, et notre amitié nous avait porté à lui exposer très franchement notre opinion. Gallavardin était persuadé que des doses extrêmement petites (30^e, 200^e, 2000^e), administrées à de longs intervalles, avaient une action certaine sur les pires dispositions morales et, dans les dernières années de sa vie, il avait essayé de fonder une association, basée sur ces données thérapeutiques, pour l'extinction de l'alcoolisme.

Il y a des esprits qui manquent de pondération et qui, une fois emballés dans un système, vont jusqu'aux limites de l'absurde sans pouvoir s'arrêter. Ils sont entraînés vers leur idéal avec une vitesse croissante absolument comme les corps pesants sont attirés vers le centre de la terre.

Nous ne voudrions pas que ceux qui liront ces lignes puissent y trouver rien de blessant pour la mémoire de Gallavardin. Il fut honnête, travailleur infatigable et, dans tout ce qu'il a fait, il n'a cherché rien autre que le triomphe de la vérité.

D^r P. JOUSSET.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

HOPITAL SAINT-JACQUES

Rue des Volontaires (227, rue de Vaugirard)

Maison de santé. — Il existe, comme annexe à l'hôpital, une maison de santé, contenant des chambres à deux lits (5 francs par jour) et des chambres à un lit (6 à 10 francs par jour). Le traitement est compris dans ces prix lorsqu'il est donné par le médecin de service à l'hôpital. Les malades peuvent faire venir un autre médecin homœopathe à leurs frais. Ils peuvent être opérés par un chirurgien de leur choix.

Laboratoire bactériologique et micrographique. — Nous avons annexé à l'hôpital un laboratoire où les médecins et particuliers pourront faire faire les analyses et les recherches bactériologiques. Ces recherches seront gratuites pour les indigents.

Pharmacie homœopathique spéciale. — La pharmacie, dirigée par un pharmacien de 1re classe, fait toutes les ordonnances de la ville ; elle peut fournir des médicaments aux médecins de province et de l'étranger.

La pharmacie tient à la disposition des médecins et des pharmaciens les produits suivants :

Tuberculine, Élément pyrétogène de la tuberculine, Tuberculine privée de l'élément pyrétogène, Cancer.

Ces divers produits existent à partir de la 1re dilution.

La pharmacie prépare aussi, sous la forme d'extraits liquides et de pastilles, les produits Brown-Séquardiens tirés des divers tissus de l'économie :

Glande thyroïde, Pancréas, Rein, etc.

L'ART MÉDICAL

MARS 1898

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Deuxième conférence

RÔLE DU MICROBE DANS LE TRAITEMENT ET LA CONTAGION DE LA PHTISIE

Dans cette conférence le professeur s'est proposé de démontrer que si la tuberculose était transmissible par certains procédés de laboratoire, elle n'était pas contagieuse dans la société. Il commence ainsi :

Il y a cinquante ans, Requin a pu écrire : « Je ne parlerai pas de la contagion de la phtisie, aujourd'hui personne n'y croit plus. »

Et, l'année dernière, M. Terrier, à la tribune académique, disait : « On a semblé mettre en doute à cette tribune la contagion de la phtisie. Je viens ici faire un acte de foi et déclarer que je crois à la contagion de la phtisie comme à celle des fièvres éruptives. J'y crois comme chirurgien, comme médecin et comme vétérinaire. »

Ainsi donc, à quelques années de distance, l'école enseignante à émis deux opinions contraires, le *oui* et le *non*. Ses représentants ont d'abord enseigné que la phtisie n'était pas contagieuse et, quelque temps après, ils

disaient que la phtisie était contagieuse et que le doute n'était même pas permis.

C'est qu'il s'était passé deux événements considérables entre ces deux époques : l'inoculation de la tuberculose aux animaux par Villemin et la découverte du bacille de Koch.

Ces deux faits ont certainement une importance considérable et ils démontrent la possibilité de la transmission de la tuberculose par le bacille de Koch. C'est sur ce fait que les contagionnistes ont appuyé leur système. Sans tenir compte de la démonstration clinique faite par des hommes éminents, comme Laënnec, Chomel, Andral, Louis, Trousseau, les contagionnistes ont cru pouvoir passer outre et réduire la question à un simple raisonnement. C'est en s'appuyant sur des milliers de faits fournis par la clientèle et les hôpitaux que les grands maîtres de la première moitié de ce siècle ont affirmé la non-contagion de la phtisie ; et c'est par un syllogisme qu'on espère renverser cette opinion.

Si le syllogisme est un argument absolument démonstratif en géométrie, il n'offre pas la même valeur dans les sciences expérimentales où le terrain est changeant et l'inconnu encore si fréquent.

Quoiqu'il en soit, voici ce syllogisme : il n'y a point de tuberculose sans le microbe de Koch, or, comme la génération spontanée est absurde, l'organisme ne peut créer en lui-même le microbe, donc ce microbe vient de l'extérieur, donc la phtisie est contagieuse.

Avant de commencer sa démonstration le conférencier rappelle, en ces mots, toute l'importance de la question :

« Vous sentez tous qu'elle est l'importance de cette question de la contagion de la phtisie. Si la phtisie est

contagieuse, c'est le serviteur remercié et renvoyé de la maison, quand il est malade ; c'est l'ouvrier chassé de l'atelier, c'est le collégien rendu à ses parents, et dans quelles conditions, c'est la signification d'une mort prochaine et fatale, car aujourd'hui personne n'ignore que, quand ont est phtisique, on est condamné. Et ensuite cet ouvrier, ce domestique que vous avez renvoyé, que va-t-il devenir? Il va retourner dans sa famille et, si la phtisie est contagieuse, il va vivre dans une espèce de promiscuité, à cause de la petitesse des appartements, avec ses frères et sœurs, ses parents. Là, dans la misère, le chagrin, que va-t-il devenir? Il va certainement propager autour de lui la phtisie. Le collégien, on pourra l'envoyer dans un sanatorium, mais ce n'est pas encore cela. La logique va plus loin. Si la phtisie est contagieuse, l'isolement seul peut donner une solution pratique, un remède à cette contagion. »

Le Dr Jousset se propose d'abord de reprendre la démonstration clinique, puis de faire ensuite la critique des arguments sur lesquels repose l'opinion contagionniste. Il remarque expressément que sa démonstration s'applique seulement à l'espèce humaine, les cobayes et les bovidés ayant pour la transmission de la tuberculose des aptitudes spéciales.

Si la tuberculose est contagieuse, elle se transmettra soit par cohabitation, soit par alimentation.

Par cohabitation : tous les renseignements pris dans les sanatoria, à Villepinte, à Argelès, à Falkenstein, à Davos, démontrent qu'on n'a jamais observé un exemple de la transmission de la tuberculose au personnel qui donne ses soins au malade.

Il existe en Angleterre un grand hôpital, à Brompton.

Cet hôpital, pour vous donner une idée de son importance, a reçu 15.000 malades en vingt ans. Ces malades sont, les trois quarts, des phtisiques; les autres sont atteints d'affections du cœur. Nécessairement, il y a un personnel considérable. Une seule fois, on a constaté un cas de phtisie chez une infirmière, et, jamais, parmi les médecins qui s'occupent de ces malades, qui les soignent, un seul n'a contracté la phtisie. Parmi les internes, dans ces vingt ans, on a observé 8 cas de phtisie. C'est peut-être un peu important, mais, comme on a oublié de nous donner le pourcentage, c'est-à-dire quelle quantité d'élèves avaient passé dans l'hôpital, il est assez difficile de se servir de cet argument. Mais l'argument principal, c'est que, parmi les infirmiers, on ne constate pas de phtisiques. Ceux de vous qui ont lu les discussions récentes sur ce sujet diront : « Mais cela ne se passe pas ainsi. On affirme que les infirmiers des hôpitaux de Paris sont plus sujets à la phtisie que les autres hommes. » D'abord de telles affirmations ne sont pas d'une grande valeur scientique. Il faudrait dire : « Sur 100, il y en a tant qui sont phtisiques. Maintenant, ceux-là qui sont phtisiques, leurs père et mère étaient phtisiques ou ne l'étaient pas. » La phtisie est une maladie héréditaire : il faut donc faire entrer dans la critique des faits tout ce qui doit y entrer. Ce sont donc là de pures affirmations. Et puis qu'est-ce que c'est que les infirmiers des hôpitaux de Paris? Je ne veux pas injurier cet honorable corps, mais enfin c'est un corps ramassé dans la boue des ruisseaux; ce sont des gens de rien qui ont des mœurs déplorables, des alcooliques. Qu'ils soient phtisiques, ce n'est pas étonnant.

On a dit aussi que, dans les casernes, les militaires devenaient phtisiques, et c'est malheureusement trop

vrai. On a ajouté que les infirmiers devenaient phtisiques. Heureusement que c'est faux. Il faut, encore un coup, ne pas se contenter de racontars et d'affirmations. Eh bien, voici ce que disait à l'Académie, l'année dernière, un major de l'armée appelé à donner son avis :

« Si l'on considère, dit M. Kelsch, que les soldats tuberculeux sont éliminés des rangs au premier soupçon de leur affection, que leurs effets d'habillement et de literie sont soumis à la vapeur sous pression, les casernes méthodiquement et périodiquement désinfectées, les sécrétions virulentes détruites au fur et à mesure de leur émission et que, pourtant, l'endémie s'accroît d'année en année, chez nous comme dans les autres armées, il est permis de penser que la fréquence de la tuberculose n'est pas fonction exclusive de la dissémination des germes par la poussière et qu'il y a lieu d'admettre d'autres modes de propagation que la contagion. »

Voilà un homme compétent, un homme qui vit au milieu de ces phtisiques et qui vous dit ce qui se passe dans l'armée. On a beau éliminer les soldats malades, comme le régime militaire et le régime de la caserne est un régime qui conduit à la phtisie, la phtisie se produit dans l'armée, quoiqu'on élimine toute cause de contagion. Et il ajoute :

« Un fait contraire à la théorie unique de la contagion, c'est que les infirmiers militaires comptent parmi les corps les moins éprouvés par la tuberculose. »

Ce document est encore reproduit dans le *Bulletin de l'Académie*.

Quant aux ateliers, dit le Dr Jousset, on a écrit des romans et des racontars. Dans l'usine municipale d'électricité, on comptait 22 tuberculeux sur 35 ouvriers : une

véritable épidémie ! Une contre-enquête démontre que c'est 3 tuberculeux au lieu de 22 qu'il faut dire.

Le conférencier passe ensuite à la question de la phtisie dans le mariage.

Mais si la vie avec les phtisiques doit être contagieuse, c'est surtout dans le mariage que nous aurons la contagion. C'est aussi là qu'on l'a cherchée. Eh bien, c'est là où je trouve la preuve la plus irréfutable de la non-contagion. Prenant les relevés que j'ai recueillis dans le rapport du Congrès de la tuberculose, je constate que le Dr Delacour, sur 54 couples, a trouvé seulement 4 cas où les deux conjoints étaient phtisiques ; dans les 50 autres cas, il n'y a pas eu de communication de la maladie. M. Leudet en avait trouvé 13 sur 74, ce qui est déjà un chiffre plus élevé. Seulement il ajoute avec raison qu'il faut réduire le chiffre de la contagion à 7 parce que, sur les 13, il y avait 6 malades chez lesquels la phtisie était héréditaire, par conséquent qui ne doivent pas compter, parce qu'il ne suffit pas de se marier avec un phtisique pour ne pas le devenir, si on est de race. Le Dr Ricochon, sur 59 couples, n'a pas trouvé un seul cas de contagion. Enfin le Dr Empis, mon contemporain, membre de l'Académie et médecin des hôpitaux, a déclaré, lors de cette discussion, que, dans une pratique de cinquante et un ans, il n'avait jamais rencontré un cas de contagion par le mariage, quand il n'y avait pas une tare héréditaire. Et c'est là la vérité. J'ai moi-même réuni un assez grand nombre de cas. Sur 125 observations de couples, la phtisie de la femme n'a pas été communiquée à l'homme 75 fois ; la phtisie de l'homme n'a pas été communiquée à la femme 44 fois. Enfin, dans 6 ménages, la phtisie a été double. Mais, après investigation des faits,

j'ai trouvé que, 3 fois, la phtisie était héréditaire chez les deux conjoints. Par conséquent, il reste 3 sur 122. 3 sur 122, voyons, est-ce que c'est un chiffre de maladie contagieuse comme la rougeole, ainsi que le disait tout à l'heure le chirurgien vétérinaire et médecin ? 3 sur 122, mais c'est la proportion ordinaire ! Il ne suffit pas, encore une fois, d'être marié avec un phtisique pour ne pas le devenir. Et encore, qui sait s'il n'y a pas des antécédents héréditaires? Si vous saviez quelles difficultés nous avons à avoir les antécédents héréditaires de la phtisie ! On ment avec une habileté incroyable et il faudrait être juge d'instruction, bien souvent, pour savoir la vérité. Je voulais vous faire remarquer une chose : c'est que mon travail sur les 125 cas de phtisie n'est pas une simple nomenclature de noms, j'ai les détails pour appuyer toutes ces observations.

Le docteur Jousset conclut ainsi : Si le mariage n'est pas une source de contagion, où la trouverons-nous. Puis il passe à la question de l'*alimentation*. Il insiste particulièrement sur la transmission par le lait.

Le lait a été incriminé à un bien plus haut point, et il y a des médecins qui n'hésitent pas à dire que le lait est certainement une cause considérable de phtisie. Eh bien, voyons : à Paris, le vétérinaire de l'administration, M. Alexandre, en 1889, après avoir examiné toutes les vaches de Paris, en a trouvé 12 phtisiques et aucune n'avait la mammite tuberculeuse. Or vous saurez que la vache tuberculeuse, tant que la mamelle n'est pas prise, ne contient pas le bacille dans son lait. Par conséquent, elle ne peut pas donner la tuberculose. Mais, encore une fois, il y a une sorte d'affolement pour cette question. Ainsi, à l'Académie, le docteur Ollivier a fait une communication pour

prouver que le lait était une cause très énergique de la propagation de la tuberculose. Il a raconté que, dans la ville de Chartres, 13 jeunes filles qui allaient au même pensionnat étaient mortes ou malades de tuberculose, et tout cela parce qu'il y avait dans l'établissement une vache qui était tuberculeuse. Cela a passé d'abord parce que c'est dans l'opinion courante. Cependant les intéressés se sont émus, le pensionnat s'est inquiété de cette accusation. On a fait une contre-enquête, et M. Ollivier a été obligé de venir dire à l'Académie que ce n'était pas exactement comme cela. D'abord, des jeunes filles qui étaient tuberculeuses, il y en avait qui l'étaient avant qu'ont eût acheté cette vache, et ensuite une enquête très sérieuse faite dans la maison a démontré que le lait de cette vache n'avait jamais été donné aux élèves; que le lait de cette vache avait été donné aux employés et aux maîtresses de la maison, de l'institution, qu'il avait été donné bouilli, et qu'il n'y avait jamais eu de cas de tuberculose dans le personnel. Vous voyez comment on écrit l'histoire! C'a été l'occasion pour mon ami Moutard-Martin de dire : « Avant de jeter la terreur dans les familles, il serait bon d'avoir des renseignements précis et sûrs. »

Le conférencier rapporte ensuite l'opinion de Straus sur le même point.

« On voit donc que les faits établissant la transmission de la tuberculose à l'homme, par les ingesta, par les aliments, sont loin d'être nombreux, et surtout qu'ils n'entraînent pas à un degré bien marqué la conviction. Tout vous engage néanmoins à admettre que ce mode d'infection, facile à mettre en évidenee par l'expérimentation sur les animaux, peut, à la rigueur, se réaliser dans la pathologie humaine. Mais il est certain que l'on a exagéré l'im-

portance de ce mode de contamination, surtout en ce qui concerne l'adulte. »

Le Dr Jousset fait remarquer ensuite que ni l'haleine, ni la sueur des phtisiques ne contiennent le bacille de Koch et ne peuvent par conséquent être des agents de transmission de la phtisie, ce qui est bien rassurant pour les personnes qui soignent les phtisiques, qui habitent avec eux et sont même dans certaines circonstances obligés de partager leur lit. Point de bacilles, point de contagion possible.

La conclusion naturelle de ces faits c'est que la phtisie n'est pas contagieuse.

Examinant ensuite ce qu'il appelle la *tuberculose expérimentale*, c'est-à-dire celle qu'on peut produire chez les animaux par certains procédés de laboratoire, le conférencier reconnaît trois procédés pour transmettre la tuberculose : l'inoculation, l'alimentation et l'absorption de poussières tuberculeuses. Passant rapidement sur les deux premiers modes de transmission, il arrive à l'examen de l'argument tiré de la poussière tuberculeuse. Nous lui laissons la parole.

« Maintenant, nous allons arriver à la question des poussières tuberculeuses, et c'est là le point important. Si vous prenez de la poussière tuberculeuse et que vous l'insuffliez dans la trachée d'un cobaye ou même d'un lapin, vous les rendez tuberculeux à coup sûr, si vous leur insufflez la poussière tuberculeuse dans les voies respiratoires. Si vous prenez cette poussière tuberculeuse, si vous la mélangez avec de l'eau et qu'à l'aide d'un pulvérisateur vous pulvérisiez cette eau qui contient de la poussière tuberculeuse, dans la cage des animaux, ils prennent la tuberculose. Mais (et voilà le point) si vous pulvérisez

dans la cage du cobaye et du lapin la poussière tuberculeuse sèche et que vous laissiez ces animaux respirer librement, ils ne deviennent pas tuberculeux, et c'est tellement important, qu'il faut que je vous rapporte des expériences qui ont été faites sur ce point. Ce sont MM. Cadéac et Malet qui ont produit ces expériences et qui les ont rapportées au Congrès de tuberculose en 1888. Ils ont pris 23 cobayes et 23 lapins, et, chaque jour pendant une heure, ont pulvérisé, à l'aide d'un appareil à ventilation, dans la cage de ces animaux de la poussière tuberculeuse. Ils ont fait cela pendant un mois. Aucun des animaux n'est devenu tuberculeux. Ils ont recommencé l'expérience une autre fois, en la variant de la manière suivante : ils ont pris un lapin et un cobaye, et ils leur ont donné une bronchite expérimentale (ces pauvres bêtes !) en leur faisant respirer de l'acide chlorhydrique ; ils sont devenus très malades. Eh bien, ceux-là ont pris la tuberculose. Mais tous les animaux qui étaient sains et qui ont respiré librement la poussière tuberculeuse, pendant un mois, une heure chaque jour, ces animaux sont restés sains, n'ont pas pris la tuberculose. Ces mêmes expériences ont été répétées par MM. Senti et Pernice qui les ont faites d'une autre manière. Ils ont mis la poussière tuberculeuse dans un vase plat au milieu de la cage des cobayes qui, en remuant, répandaient cette poussière un peu partout. Aucun n'est devenu tuberculeux. De même M. Celli-Garieni a fait des expériences analogues. On doit conclure naturellement de ces expériences que la poussière tuberculeuse respirée librement par les animaux sains ne peut pas donner la tuberculose. Eh bien, voyez, c'est un fait qui a une grande importance, car de quoi s'occupe-t-on aujourd'hui ? Quelles sont les mesures d'hygiène qu'on préconise

partout? Ce sont les mesures prises contre la poussière tuberculeuse; et on vous dit : « Vous allez à l'hôpital, vous allez soigner un malade, vous allez voir un ami, un parent qui est phtisique, etc., vous respirez la poussière tuberculeuse, vous devenez tuberculeux ». Eh bien, ce n'est pas possible, et je m'arrête sur ce point, parce que je veux vous démontrer que cela n'est point possible. On ne fait pas pénétrer cette poussière tuberculeuse dans le poumon. Ainsi, suivez bien ce raisonnement, voilà le cobaye, vous lui insufflez dans la trachée artère la poussière tuberculeuse, il devient à coup sûr tuberculeux. Vous le laissez respirer, il ne le devient pas. Eh bien, c'est parce qu'il ne l'absorbe pas. Il est évident que, s'il l'absorbait, il le deviendrait, puisque, toutes les fois que vous lui faites absorber mécaniquement, il le devient. Donc l'animal qui respire librement au milieu de la poussière tuberculeuse n'introduit pas cette poussière dans son poumon. Et nous savons où il la met, car ce qu'il a été travaillé sur ce point, c'est énorme! Eh bien, Straus a fait une expérience qui semble contre nous et qui va être pour nous. Straus a examiné l'air expiré et l'air inspiré. Chez un animal bien portant, il a trouvé que l'air inspiré contenait en moyenne 600 microbes d'espèces différentes et que l'air expiré n'en contenait qu'un, et il a conclu que cet animal avait 599 microbes dans son poumon. Voilà l'erreur. Le microbe ne dépasse pas les fosses nasales et le pharynx, et j'en ai la preuve. Ce même professeur Straus a cherché dans les fosses nasales et dans le pharynx de ses élèves, puis de ses infirmiers, pour voir s'il ne s'y trouverait pas le bacille de la tuberculose; il l'y a trouvé, chez des gens cependant bien portants. Ainsi des hommes très bien portants peuvent avoir dans les fosses nasales et dans le pharynx des

bacilles tuberculeux. Il en a trouvé même chez le chef d'orchestre de l'Opéra; enfin partout où il y a de grandes réunions, il y a toujours des tuberculeux; cela ne peut pas être autrement. Eh bien, s'il y a des bacilles tuberculeux dans l'air, ils sont absorbés, mais ils restent dans les fosses nasales et dans le pharynx ; puisque c'est là qu'on les retrouve. Et qu'est-ce qu'ils deviennent? Ils sont détruits : ils trouvent là d'abord la desquamation de l'épiderme, c'est-à-dire que la surface de la muqueuse pèle. Je me sers de cette expression pour vous faire comprendre. Il y a une desquamation incessante qui passe dans les expectorations, et une partie des microbes est rejetée. Ensuite il se trouve là dans le pharynx et les fosses nasales des microbes qui sont chez eux, des indigènes qui se portent bien, qui vivent et qui n'aiment pas être troublés par les autres. Alors la concurrence pour la vie fait que les étrangers périssent. De plus, ces membranes muqueuses sont doublées plus qu'aucune autre de ces cellules lymphatiques qu'on a appelées *phagocytes* et qui ont pour mission, quand un microbe pathogène se présente quelque part, d'aller à sa rencontre, de l'engloutir et de le dévorer. Alors les microbes de la tuberculose qui entrent dans les fosses nasales, qui entrent dans le pharynx, sont détruits, et c'est pourquoi on peut absorber impunément des microbes de la tuberculose, parce qu'ils ne vont pas dans le poumon, remarquez-le bien, car toutes les fois qu'ils vont dans le poumon, ils donnent la phtisie. Par conséquent, si la phtisie ne se développe pas, c'est qu'ils n'entrent pas. Là, dans le pharynx et dans les fosses nasales, ils sont détruits par les forces de l'économie. Heureusement que l'économie se défend.

Si, ajoute le Dr Jousset, les bacilles de Koch répandus

dans l'atmosphère sont arrêtés par les défenses naturelles des fosses nasales et du pharynx, s'ils ne peuvent pénétrer dans le poumon pour déterminer la phtisie, par quelle voie et de quelle façon le microbe de la tuberculose pénètre-t-il dans l'organisme? Car on ne peut nier qu'il y a des phtisiques et que presque toujours cette maladie a pour lésion le bacille de Koch. C'est là une objection d'une grande puissance et que dans l'état actuel de la science bactériologique il est difficile de résoudre ; et il faut de toute nécessité admettre ici comme dans bien d'autres domaines des sciences expérimentales qu'il existe une inconnue. Alors c'est d'une inconnue, que vous aller partir pour prendre toute une série de mesures oppressives pour la société, pour les malades, séparer les enfants de leurs parents, les femmes de leur mari, les mettre dans des sanatoria, dans des endroits séparés où ils pourront mourir sans recevoir les secours de leurs parents ! Est-ce que vous allez ajouter au malheur des phtisiques celui d'être encore traités comme des pestiférés, tout cela sur une inconnue ! Mais je vous l'ai déjà dit, dans les sciences expérimentales, ce qui est inconnu aujourd'hui sera connu demain. Il n'est pas permis, sur un syllogisme, de bâtir des règlements qui sont oppressifs, en somme, de la liberté et des meilleurs sentiments de l humanité.

Le Dr Jousset recherche ensuite les voies par lesquelles le microbe de la tuberculose peut pénétrer dans l'organisme. Il rappelle les travaux de Landouzy qui ont démontré la présence du bacille de Koch, d'abord dans le placenta, puis dans le sang et le poumon de fœtus nés d'une mère tuberculeuse.

Il est donc démontré expérimentalement que non seu-

lement la disposition à la phtisie est héréditaire, mais encore son bacille. Et que, comme la syphilis héréditaire peut rester latente pendant bien des années, de même le bacille de Koch peut rester à l'état latent dans l'organisme jusqu'au moment où le concours des causes externes et de la prédisposition définie rendront son évolution possible.

Ce microbisme latent n'est pas une simple hypothèse. On a, en effet, retrouvé dans des cavernes cicatrisées depuis plus de vingt ans des bacilles de Koch parfaitement virulents.

Le Dr Jousset ajoute encore que le polymorphisme et l'existence bien constatée de tuberculose sans bacille de Koch, doivent être pris en grande considération pour l'élucidation du problème de l'étiologie de la phtisie.

Le conférencier conclut ainsi : « Je crois donc avoir, autant qu'on peut le faire, démontré ma thèse, que la phtisie, la tuberculose est une maladie transmissible seulement par les procédés de laboratoire. Par conséquent, nous pouvons vivre tranquilles au milieu de nos phtisiques ; nous pouvons les soigner jusqu'à la fin, leur donner la consolation de mourir entre les bras de leurs parents, et nous ne ferons pas là un acte d'héroïsme, car nous ne courons aucun risque. C'est ma conviction ». (*Applaudissements.*)

Arrivé au traitement, le conférencier conseille pour les tuberculoses non pulmonaires l'air de la mer et les bains d'eaux-mères ; pour la tuberculose pulmonaire la cure d'air dans les hautes altitudes qui forcent le poumon à une gymnastique que la volonté la plus forte ne saurait accomplir.

Quant à la sérumthérapie, le Dr Jousset rappelle les promesses décevantes de Koch en 1890 et les terribles

malheurs dus aux injections de la tuberculine. Il met le public en garde contre l'exploitation malheureusement trop fréquente des phtisiques. Il ajoute que les vrais savants travaillent dans le silence, bien sûrs que le jour (si jamais il arrive) où l'on aura trouvé la sérumthérapie de la tuberculose, il n'y aura besoin ni des faiseurs de réclames ni des entrepreneurs de guérison pour vulgariser une aussi heureuse découverte.

D[r] SARAILHAC.

CLINIQUE CHIRURGICALE

KYSTE SÉREUX CONGÉNITAL DU COU, par le D[r] LE BEC, *chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph*

L'enfant Marie Vict..., 2 ans, a présenté au commencement du deuxième mois une tumeur du volume du petit doigt, siégeant à la partie inférieure gauche du cou. La peau était donc saine et la tumeur indolente. Vers la fin du deuxième mois, l'enfant fut atteinte de diarrhée sans gravité. Au courant du quatrième mois, le kyste se mit brusquement à grossir, doubla de volume et atteignit, au dire des parents, la grosseur d'un œuf de perdrix, puis resta stationnaire.

A six mois, le kyste était du volume d'un 1/2 œuf de poule. Une ponction exploratrice fut faite et donna, dit le médecin, environ 30 grammes d'un liquide séreux.

La tumeur resta dans cet état jusqu'à l'âge de deux ans, puis quand l'enfant criait, la tumeur se tendait et prenait une teinte violette.

Le 15 juillet 1897, dit le père, la tumeur augmenta subitement, pendant la nuit. Le Dr Vincent fut appelé, il fit une ponction exploratrice et évacua 100 grammes de liquide séreux puis du sang pur. On me fit appeler, et voici ce que je constatai.

Sur le côté gauche du cou est une tumeur s'étendant de la clavicule à l'angle de la mâchoire, en arrière à 2 centimètres au delà des apophyses épineuses, et en avant jusqu'au larynx, qui est dévié à droite.

La tumeur a près de 7 centimètres de hauteur, 10 de largeur et 7 d'épaisseur.

La peau un peu amincie n'est pas adhérente, et offre une circulation veineuse très accentuée. La surface présente des mamelons et une coloration bleuâtre ; dans certaines parties très tendues, une dureté presque cartilagi-

neuse surtout en avant. Or, c'est en avant, dit le père, qu'à chaque année le kyste a semblé augmenter de volume. Tout le reste est nettement fluctuant. Opération le 1er août 1897.

Sur la partie saillante du kyste, je fais une incision verticale allant de l'apophyse mastoïde à l'acromion, et sur cette incision j'en fais tomber une seconde horizontale qui longe la clavicule et atteint le larynx. Je sépare facilement la peau et le tissu cellulaire, les muscles sterno-mastoïdien et sterno-hyoïdien, de la surface du kyste, qui se montre bleuâtre et formé de poches juxtaposées. Toute cette dissection est facile, tant que je reste dans les parties superficielles, c'est dans les parties latérales que commencent les difficultés.

En arrière, je passe sous le trapèze et je mets à nu le plexus cervical profond, et la portion élevée du plexus brachial, dont les branches les plus élevées se voient au fond de l'incision.

Dans cette région je suis forcé de tailler en plein tissu kystique, parce qu'alors la tumeur est formée par une masse de petits kystes gros comme des têtes d'épingle qui s'infiltrent entre les espaces musculaires.

En haut, je sépare difficilement le kyste de la face antérieure des apophyses transverses de l'atlas et de l'axis.

En bas, la dissection me conduit sur la face antérieure de la clavicule et de la veine sus-clavière. A ce moment il se fit un écoulement assez abondant de sang noir. C'est une veine de la tumeur qui se jette dans la veine sus-clavière, et que j'ai coupée au bas de cette dernière. Je la saisis avec une pince.

En avant, je dissèque la carotide toute entière que j'isole du kyste dans toute sa longueur, sans pouvoir découvrir

la veine jugulaire. On voit descendre de haut en bas un mince cordon blanchâtre, large de 1 millimètre, qui part du niveau de la bifurcation de la carotide, se porte en bas et en dehors, et pénètre dans le kyste; pensant que c'est le nerf pneumo-gastrique, je le dissèque avec un soin minutieux, je le vois s'élargir dans la partie inférieure au niveau du sternum, et je puis alors reconnaître que c'est bien la veine jugulaire, sous la forme d'un simple cordon, qui est atrophiée ou arrêtée dans son développement. Le pneumo-gastrique reste invisible.

A ce moment, le kyste encore entier a le volume de deux œufs de poule; comme il gêne par son volume je l'ouvre. Une grande poche donne issue à du sang pur et à un gros caillot. C'est la poche qui a été ponctionnée il y a cinq jours et qui s'est remplie si rapidement. Les autres petites poches contiennent les unes du sang, les autres un liquide séreux jaune clair, qui s'est perdu au milieu du sang, et qu'il a été impossible de recueillir pour l'analyser.

Je fragmente donc le kyste et je l'enlève peu à peu. Les poches ouvertes ont une teinte gris rosé et sont lisses, comme les kystes ordinaires.

La partie profonde des kystes est profondément infiltrée derrière l'œsophage et le pharynx. Elle est adhérente à la face antérieure des corps des premières vertèbres cervicales jusque du côté droit. En bas la tumeur s'infiltre vers le médiastin derrière le golfe de la veine jugulaire et adhère au niveau de la veine lymphatique droite. Je vois alors un petit cordon blanc, gros de 1 millimètre, qui se déchire par les tractions, verse du liquide blanchâtre, et je suis obligé de le lier. Est-ce le canal thoracique droit, je n'ai pas pu le vérifier.

Tout est donc fini, et je pose les ligatures sur les quel-

ques veines des parois, je lave la plaie au sublimé et je suture en mettant un drain dans la partie inférieure. La plaie guérit par première intention en huit jours.

L'examen histologique, fait par le Dr Merley au laboratoire de l'hôpital Saint-Joseph, a donné les résultats suivants :

On trouve : 1° Une paroi fibreuse avec quelques alvéoles graisseuses et des vaisseaux entourés de noyaux inflammatoires ; 2° cette paroi est bordée du côté de la cavité par des cellules endothéliales plates, qui ont d'ailleurs disparu sur presque toute l'étendue du corps, mais il en reste des débris caractéristiques sur quelques points.

Les opérations pour les kystes congénitaux du cou, ont toujours été regardées comme périlleuses. Il est en effet impossible de savoir jusqu'où le kyste pénètre, et quelle peut être l'intensité des adhérences des poches kystiques avec les gros vaisseaux du cou. Lannelongue, dans son *Traité des kystes congénitaux*, et Walther, dans son article du *Traité de chirurgie*, disent que l'ablation est l'opération de choix, mais que rares sont les cas où cette dissection peut être accomplie sans danger.

Dans un cas trop difficile, où le kyste plongeait dans le médiastin antérieur, au voisinage du cœur, Verchère dut s'arrêter, après avoir enlevé toute la partie cervicale, et laisser la partie inférieure thoracique, qui guérit par un drainage bien fait.

Ceci est une précieuse indication, car c'est là évidemment la marche à suivre si l'ablation totale du kyste est impossible.

CLINIQUE MEDICALE

OBSERVATIONS LUES A LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE.

Observation I.

Calcarea carbonica (30^e) *dans un cas de céphalœmatome.*

Mme R... est accouchée le 7 octobre dernier, par notre confrère Clément Petit, de son troisième enfant; accouchement normal. L'enfant présentait un céphalœmatome gros comme un œuf et siégeant au niveau du pariétal droit. Le 30 octobre, soit vingt-trois jours après l'accouchement, je vois l'enfant. Le céphalœmatome existe toujours, n'a pas changé de volume, et je perçois facilement tout autour de la base d'implantation une sorte de bourrelet osseux. Je prescris *Calcarea carbonica* 30^e, 3 globules trois fois par jour. Le 4 novembre, diminution considérable et, le 10, disparition complète de la bosse sanguine. La rapidité avec laquelle se produisit la guérison me semble particulièrement remarquable.

Observation II.

Iodium (1re) *dans l'anasarque des maladies du cœur.*

Mme L..., 72 ans, arthritique, ayant joui d'une bonne santé habituelle, se plaint depuis quelques années d'oppression en montant ou en marchant vite. Elle est atteinte d'arthrite sèche des deux genoux, surtout du genou droit, ayant amené une atrophie des muscles de la cuisse et nécessité le massage.

Pendant les premiers mois de 1896, l'oppression avait augmenté, les battements du cœur étaient sourds, prolongés à la base ; il y avait de l'arythmie, les artères des bras étaient un peu indurées et les urines abondantes. Diagnostic : artério-sclérose généralisée avec cardiopathie artérielle au début. Le 25 avril, les urines ont beaucoup diminué, les battements du cœur sont petits, irréguliers, fréquents, l'oppression considérable; œdème des malléoles; première crise d'asystolie. La digitaline cristallisée (3e décimale), XV gouttes par jour en trois fois pendant quatre jours, a raison des accidents. Depuis ce temps on a dû, tous les mois ou toutes les trois semaines, revenir à la digitaline pour prévenir ou traiter de nouvelles crises d'asystolie. Jusqu'à ce jour la digitaline, soit à la dose de XV gouttes par jour pendant quatre jours, soit même à la dose de X gouttes, a toujours réussi à faire disparaître les accidents asystoliques. En dehors des crises, Mme L... a pris un certain nombre de médicaments pour combattre l'œdème qui persistait et allait en augmentant progressivement et qui avait fini par monter jusqu'en haut des cuisses, les jambes ayant doublé de volume. Ces médicaments étaient *Apis* (1re décimale et T. M.), *Calomel* et *Thyroïdine* (3e décimale).

Le 10 juillet 1897, je donnais *Iodium* (1re), d'abord X gouttes par jour, puis XXX gouttes. Au bout de quatre ou cinq jours d'emploi d'*Iodium* à cette dernière dose, il survint des vomissements et je dus suspendre le médicament. Après trois jours de repos, il fut repris et au bout de quelques jours les vomissements reparurent, vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux ; le médicament fut de nouveau interrompu quelques jours. L'œdème avait diminué d'une façon notable; je repris donc *Iodium*

seulement sans dépasser la dose de XX gouttes par jour et en le suspendant toujours après quatre jours d'emploi. L'effet fut très favorable et, dès le 15 août, l'œdème avait complètement disparu. Jusqu'au 25 décembre l'œdème ne reparut pas ou fut insignifiant. A ce moment, crise d'asystolie, plus violente qu'à l'ordinaire, et traitement par la digitaline. Depuis cette crise l'état est moins bon, l'œdème a reparu, pas aussi considérable qu'avant l'emploi de l'iode, mais assez marqué. J'ai repris *Iodium* à plusieurs reprises, sans obtenir le même résultat qu'il y a sept mois, mais je dois dire que le cœur est plus altéré et qu'il ne réagit pas sous l'influence de la digitaline comme dans les crises d'asystolie précédentes. Au sujet de cette observation, je rappellerai que les doses d'iode furent relativement faibles et que pourtant elles ont suffi pour amener les vomissements. L'iode est d'ailleurs très homœopathique contre les vomissements : les vomissements provoqués par l'iode sont des vomissements violents, incessants, opiniâtres, alimentaires ou bilieux. L'iode est également très homœopathique contre l'œdème des jambes, l'anasarque, l'hydropisie des cavités séreuses.

Dr Marc Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE

EXPÉRIENCES SUR LE PHOSPHORE

(*Laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques.*)

Deux lapins pesant chacun 1 kil. 500 furent soumis à des injections phosphorées à partir du 24 octobre. Tous

deux sont morts, l'un le 8 décembre et l'autre le 9 décembre, c'est-à-dire après six semaines de l'usage de l'huile phosphorée. Nous nous sommes servis d'abord de l'huile phosphorée au 1/1000. Les lapins ont reçu d'abord un demi-centimètre, puis 1, puis 2, puis 3 centimètres cubes de cette préparation, sans qu'aucun symptôme ne se soit manifesté. A partir du 23 novembre, nous employâmes de l'huile phosphorée au 1/100 et les lapins reçurent un demi-centimètre tous les deux jours. Cette fois, les troubles ne tardèrent pas à se produire. Ce fut d'abord un certain degré d'hypothermie, la chaleur s'était maintenue en général entre 39°5 et 40°. Elle descendit surtout dans les derniers jours à 39° et 39°5. Le jour de la mort, elle tomba à 38°.

La diarrhée se manifesta vers le 1er décembre, ainsi que l'albumine dans les urines qui n'ont jamais contenu de bile. Ces deux lapins présentèrent dans la dernière heure des convulsions et des cris.

Autopsie. — Les lésions sont semblables chez les deux lapins ; le foie augmenté de volume a manifestement les apparences du foie gras, les reins sont très congestionnés, leur membrane est adhérente et la décortication entraîne des portions de la zone corticale; il y a des ecchymoses. Les poumons présentent des noyaux manifestes de congestion; à la coupe, le tissu de ces noyaux est homogène; cependant mis dans l'eau il surnage. La trachée artère et les premières bronches sont très rouges.

Examen histologique par M. Lefas. — Les coupes ont été colorées soit à la thionine et l'éosine après fixation par le tannin, soit à l'hématoxyline et l'éosine. Les fragments avaient été traités préalablement par l'acide osmique à 1 p. 100.

Bronches. — L'épithélium bronchique est intact, la paroi externe celluleuse est légèrement épaissie. Dans cette dernière se voient au niveau des bronches de gros calibres, des amas lymphatiques arrondis et disséminés ; au niveau des bronches de plus petit diamètre il existe une simple collerette lymphatique.

Dans la lumière des bronches et surtout dans celles de gros calibre, amas de globules blancs et rouges.

Artères du poumon. — Leur lumière est vide. Ce qui frappe tout d'abord c'est l'hyperplasie assez considérable de la tunique externe.

Veines. — Hyperhémie ; la lumière est pleine de globules rouges, tuniques intactes.

Alvéoles. — Effraction de globules rouges et blancs dans quelques rares alvéoles.

Desquamation modérée de l'endothélium alvéolaire sous forme de cellules se colorant mal ou pas du tout.

Dégénérescence graisseuse dans de très rares cellules sous forme de granulations très fines peu nombreuses.

Ces lésions sont caractéristiques de l'inflammation des bronches et des alvéoles pulmonaires.

Rein. — *Glomérules.* — Il n'existe pas de multiplication évidente des noyaux.

Capsule de Bowmann. — Dans quelques-uns la capsule de Bowmann renferme des globules rouges mais sans desquamation des cellules de revêtement.

Vaisseaux. — Hyperhémie mais seulement au niveau des vaisseaux des pyramides cotoyant les tubes droits.

Tubes contournés. — L'épithélium est peu colorable quant aux noyaux ; dans ces cellules il existe peu de granulation graisseuse. Il s'agit plutôt de tuméfaction trouble et de désagrégation granuleuse avec de nombreuses cel-

lules, comme de grosses vacuoles. Dans la lumière de ces tubes, ébauche de cylindres granuleux et vacuolaires.

Tubes droits. — L'épithélium paraît intact dans un certain nombre d'entre eux, cylindre mêlé de quelques cellules desquamées.

En résumé, ces lésions constituent la reproduction exacte de ce qu'on observe très souvent dans les *néphrites diffuses* à marche très lente, avec gros rein jaunâtre.

Si Cornil a rencontré une destruction épithéliale très accentuée par dégénérescence graisseuse, c'est que les animaux en expérience ont été tués en quelques jours par des doses relativement énormes d'huile phosphorée.

Foie. — Espace porte. Artère : thrombose dans quelques artères dont la tunique externe est légèrement épaissie.

Veinules portes.—Elles paraissent intactes ; des globules remplissent partiellement leur lumière.

Cananicules biliaires. — Il paraît exister des cananicules biliaires de néoformation. Les cananicules sont en partie atteints d'angiocholite catharrale.

Tissu conjonctif. — Le tissu conjonctif des espaces portes parait augmenté ; cette légère sclérose a pour point de départ les canaux biliaires.

Veines sus hépatiques. — Rien à noter.

Cellules hépatiques. — Comme dans les cellules du poumon et du rein, il s'agit plutôt ici de dégénérescence granulo-graisseuse que de granulations graisseuses d'un certain volume. Ces cellules sont en majorité déformées. Le noyau, le plus souvent volumineux, se colore très irrégulièrement, il existe beaucoup de cellules à noyaux multiples ; quelques cellules renferment des granulations pigmentaires, jaunes d'or et réfringentes.

Peut-on voir dans ces lésions les débuts de l'atrophie aiguë du foie qui caractérisent l'ictère grave ?

D[r] P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNIE DE L'ANTIPYRINE

(*Suite.*)

38° DALCHÉ (*Soc. méd. des hôpitaux*, 16 octobre 1896). — Au mois de septembre 1895, un jeune homme de 26 ans vint lui montrer des ulcérations fort douloureuses qui étaient apparues sur sa langue et ses lèvres depuis plusieurs jours et qu'il traita comme une stomatite ulcéro-membraneuse, qui persista une quinzaine de jours.

Au mois d'octobre, même affection; le malade fit la remarque que les deux fois la stomatite avait commencé de quatre à huit heures après avoir pris un gramme d'A.

Prévenu, le malade prit 1 gramme d'A. pour un accès de migraine dans la soirée du 20 novembre, et arriva le lendemain avec des phénomènes buccaux à leur début. Sur les deux lèvres rouges et sèches faisaient saillie quelques vésicules claires, les unes grosses comme des lentilles, les autres un peu plus larges, et entre elles la muqueuse linguale devenue blanchâtre présentait des plis dont quelques-uns étaient très légèrement soulevés par un peu de liquide. L'aspect général de la lésion rappelait assez celui d'une brûlure sur laquelle se seraient développées quelques phlyctènes.

La partie antérieure du palais en arrière des dents était

également blanche et plissée; on ne trouvait rien sur les joues ni sur le voile.

Le malade se plaignait d'une sensation de cuisson très pénible dans toute la bouche, et d'une salivation abondante, épaisse et visqueuse. La pression ne réveillait aucune douleur au niveau des parotides et des glandes sublinguales.

A cette stomatite s'ajoutait en outre deux manifestations bien caractéristiques pour mettre hors de doute une intoxication par l'A. : une infection très marquée de la conjonctive et un écoulement nasal, véritable coryza symptomatique.

Les urines, assez abondantes du reste, ne contenaient pas d'albumine.

Deux jours après, quelques vésicules avaient éclaté et laissaient des ulcérations rouges et humides ; plus tard, en d'autres points, la muqueuse, soulevée d'abord par le liquide, s'affaissa sur des ulcérations qui apparurent fort nettement lorsque la langue se fut dépouillée presqu'en entier; les croûtes persistèrent quelque temps sur les lèvres.

Avant le mois de septembre, le malade avait pris plusieurs fois de l'A. sans observer les mêmes accidents ; il faut ajouter que depuis le mois de septembre il avait une dent de sagesse en train de sortir de la gencive, ce qui explique peut être sa susceptibilité particulière.

Les complications buccales occasionnées par l'A. s'arrêtent le plus souvent au gonflement des lèvres, de la langue et de la gorge, auquel se joint aussi le gonflement des premières voies aériennes. Cependant Lépine rapporte deux cas, l'un de Salinger (1) où il se développa sur la

(1) *Art médical*, fév. 1898, p. 125.

langue, les lèvres et le pharynx de nombreuses fausses membranes d'apparence diphtéritiques, l'autre de Gicquel où, au bout de dix minutes, il survint une démangeaison très vive aux gencives et plus particulièrement au bord libre des gencives supérieures.

Les malades se plaignent assez souvent de brûlures d'estomac, souvent avec vomissements, mais il peut survenir des douleurs gastriques inquiétantes. Lépine cite un fait où, après l'absorption de moins de 0 gr. 50 d'A., une jeune fille ressentit pendant trois ou quatre minutes des souffrances stomacales atroces provoquant des cris et des contorsions épouvantables. Israël, dit le même auteur, aurait même vu une hématémèse suivie de convulsions et de mort. Combemale (1) a publié un fait d'antipyrinisme chronique où les signes simulaient ceux de l'ulcère rond.

M. Dalché a observé un cas de même ordre : Une jeune fille avait des douleurs d'estomac sans doute se rapportant à l'hyperchlorhydrie. Son médecin lui conseille des paquets de 0 gr. 50 d'A., un à trois par jour au moment des crises. Une première fois les souffrances furent calmées instantanément; une deuxième fois, deux mois plus tard, dès l'absorption du premier paquet, la malade ressentit à l'estomac des brûlures très différentes de ses souffrances gastriques habituelles ; deux heures après, elle avala néanmoins un second paquet et presque aussitôt se crut empoisonnée; elle éprouvait une sensation atroce de déchirure aux creux épigastrique avec irradiation dans le dos et au niveau de la taille, sans vomissements, ni angoisse respiratoire ; elle resta deux jours ne prenant aucun aliment, osant à peine bouger tellement la douleur

(1) *Art médical*, fév. 1898, p. 118.

était violente : puis les symptômes se calmèrent peu à peu et il ne survint ni éruption, ni œdème, ni aucun des accidents cutanés ordinaires à l'A.

M. Kuss, interne des hôpitaux à raconté à M. Dalché l'histoire d'un monsieur de 34 ans qui prend de l'A. contre des accès de migraine ; à plusieurs reprises dix à douze heures après l'absorption de ce médicament, il ressent un prurit intense accompagné de rougeur à l'aile droite du nez, à l'extrémité du médius de la main droite et au scrotum ; puis il se produit, au niveau du nez et du doigt, une phlyctène d'une brûlure qui éclate au bout de quelque temps et se cicatrise bientôt.

MM. Coulon et Verny ont vu un homme de 23 ans, après l'absorption de 1 gramme d'A., pris par deux fois de démangeaisons généralisées avec éruption sur tout le corps de larges plaques rougeâtres, qui se transformèrent huit jours après en phlyctènes assez étendues, contenant un liquide citrin.

39° Verneuil (*Académie de médecine. Art médical*, décembre 1891). — Chez deux malades, l'un atteint d'une névrite traumatique du sciatique, l'autre d'une asphyxie locale du pied, injection hypodermique d'A. ayant amené de la gangrène partielle du pied. Dans le premier cas, la gangrène se limita aux orteils ; dans le second, elle envahit tout le pied et nécessita l'amputation de la jambe.

II° *Expériences sur les animaux.*

40° Arduin (*Thèse de Paris*, 1885). — Sur les animaux, l'antipyrine agit sur le cerveau et la moelle allongée ; elle produit des paraplégies, des convulsions toniques et cloniques ; la mort survient par paralysie du cœur.

41° Gaule (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juin 1886). — L'A. exerce une puissante influence sur les cellules des tissus, notamment sur celles du foie. Chez les animaux, il a fait des injections sous-cutanées d'antipyrine et examiné sous le microscope leurs cellules hépatiques, à des distances plus ou moins grandes de l'injection. Et a noté une diminution de la nucléine marchant parallèlement à l'intensité d'action de l'A.

42° Capitan et Gley (*C. R. Soc. de Biologie*, novembre 1887). — Pour produire les mêmes effets, il faut trois fois plus d'A. en ingestion stomacale qu'en injection sous-cutanée. Par injection hypodermique, la dose toxique est de 1 gr. 50 par kilogramme d'animal : par injection intraveineuse, elle est de 0 gr. 645. Le foie retient une certaine quantité d'A.

43° Sawadowki (*Centralb. f. med. Wess.*, 1888). — Chez le chien, l'A. à la dose de 0 gr. 30 par kilogramme d'animal produit une accélération des battements du cœur due à l'excitation des ganglions excito-moteurs intracardiaques et une hausse de la pression artérielle qui n'est qu'une conséquence de l'augmentation du travail du cœur. Ces phénomènes se montrent en effet encore après section des pneumo-gastriques, après section en travers de la moelle cervicale au niveau de l'Atlas, après destruction des centres vaso-moteurs, ou après section des splanchniques. L'expérience réussit également sur le cœur du chien isolé par la méthode de Paw.ow.

Les globules rouges ne sont attaqués que si le sang contient au moins 2 p. 100 d'A. L'excrétion d'azote ne fut pas modifiée dans une série d'expériences ; dans une autre série, elle fut manifestement diminuée. Elle diminue

également sous l'influence de l'A. chez les animaux fébricitants. L'A. n'agit défavorablement sur les phénomènes de putréfaction et de fermentation qu'à partir de la dose de 2 p. 100, elle les arrête à la dose de 4 à 5 p. 100.

Aux doses thérapeutiques, l'A. n'a pas d'action sur la digestion ni sur la sécrétion stomacale.

De petites doses d'A. agissent sur le chien comme calmant; les doses toxiques produisent des convulsions chez le chien, une exagération puis une suppression des réflexes chez la grenouille. Il peut y avoir aussi augmentation de la sécrétion salivaire et souvent vomissements. Tous ces phénomènes doivent être rapportés à une action sur le système nerveux central, car l'A. n'a pas d'action sur les nerfs périphériques.

L'auteur s'est principalement attaché à étudier l'influence de l'A. sur la température et la thermogénèse.

L'A. abaisse la température interne, que l'animal soit abandonné à l'air ou qu'il soit enveloppé d'ouate ou placé dans un appareil chauffé à 30 ou 31° C. Ordinairement, il y a dilatation des vaisseaux du tégument et élévation de la température de la peau. Mais la suite de la température due à l'action de l'A. paraît dépendre également d'une diminution de la thermogénèse, quoique l'A. n'ait pas d'action directe sur les combustions interstitielles qui se déroulent au sein même des tissus. C'est par l'intermédiaire du système nerveux central, probablement par l'intermédiaire d'un centre de thermogénèse situé dans la partie postérieure des corps striés, que l'A. agirait pour modifier la production de chaleur. Le centre, pour les vaisseaux de la peau, par le moyen duquel l'A. agirait sur la déperdition de chaleur, serait situé dans la partie antérieure des corps striés.

44° Blumenau (*Petersb. med. Woch.*, n° 52, 1888). — L'injection dans le sang, chez le chien, de 0,5 à 1 gramme d'A. par kilogr., provoque des convulsions toniques puis cloniques. La tonicité musculaire est très excitée; la sensibilité est émoussée. Les appels à haute voix provoquent des crises convulsives. La sensibilité totale est augmentée, la sensibilité à la douleur diminuée. L'excitabilité cérébrale est accrue. Chez les chats, après la section de la moelle dorsale, il y a des convulsions dans les membres postérieurs; l'excitabilité médullaire est accrue. L'excitabilité réflexe est également augmentée chez les grenouilles; elle n'augmente pas après la section de la moelle.

45° Guibbaud et P. Langlois (*Soc. de Biol.*, 23 mars 1895). — Les cellules des centres supérieurs sont plus facilement impressionnées par l'A. que les cellules de la moelle aussi bien en ce qui concerne la sensibilité à la douleur que la motricité. En augmentant les doses et en sectionnant la moelle au niveau de la 3e vertèbre cervicale, on peut arriver à distinguer, chez le chien, 5 types : 1° 27 centigrammes par kilogramme d'animal : réflexes céphaliques exagérés, puis convulsions cloniques dans la région correspondant à l'innervation bulbo-cérébrale ; le tronc est immobile ; 2° 54 centigrammes, convulsion clonique de la tête et une convulsion tonique généralisée ; 3° 1 gr. 35 par kilogramme, convulsion clonique dans la tête, puis dans les membres ; réflexe patellaire exagéré ; 4° les réflexes de la face ont disparu, ceux du tronc persistent ; 5° 2 grammes, les réflexes médullaires disparaissent aussi ; absence de convulsions.

46° Batten et Bokenham (*Brit. med. Journ.*, 1889). —

Expériences (1) avec l'A. dissoute dans une solution saline et injectée dans le sac lymphatique dorsal, dans la cavité péritonéale ou même administrée par l'estomac.

a) Chez la grenouille, une période de lourdeur et de tranquillité fut suivie d'une maladresse à diriger ses mouvements, c'est-à-dire après avoir sauté elle tombe fréquemment sur le dos. Ensuite quand elle était couchée sur le dos, elle restait dans cette position, ne cherchant pas à reprendre sa position normale. Elle répondait à de légères excitations, non par des efforts pour s'échapper, mais par une extension des jambes sans résultat utile.

b) Chez les cochons d'Inde et les rats, le début était ordinairement marqué par un affaiblissement des mouvements volontaires et une diminution de la stabilité, l'animal se tenant debout sans bouger et penchant d'un côté à l'autre, souvent en même temps agité d'un tremblement violent. Cet état se continuait jusqu'au moment où l'animal ne pouvait plus se maintenir en équilibre et tombait sur le côté.

c) Le plus marqué des premiers symptômes, commun à toutes les espèces de sujets, était la rigidité de certains groupes de muscles. Chez les grenouilles, cela commençait habituellement dans les membres antérieurs et s'étendait aux muscles du dos et de l'abdomen ; chez les cochons d'Inde, au contraire, les membres postérieurs deviennent soudainement rigides dans l'extension, de sorte que l'animal voulant marcher le fait seulement avec ses membres antérieurs. La rigidité s'étend ensuite aux autres membres et la tête est tirée vers le dos dans une extension forcée. Cette rigidité était suivie chez les mammifères

(1) *A cyclopædia of drug pathogenesy.*

par des mouvements rythmiques particuliers, les membres se mouvant rapidement en arrière et en avant, comme si l'animal courait (bien qu'il fut étendu sur le côté). Si les mouvements des membres antérieurs étaient récupérés, il faisait des mouvements en cercle par leur action, toujours dans la même direction, autour des membres postérieurs restant comme centre. Les mouvements rythmiques alternaient avec la rigidité. Ensuite, la rigidité diminuait et il survenait une irritabitité extrême, le plus léger choc amenant des spasmes. Dans ces cas intenses, un mouvement d'air ou les vibrations produites en marchant dans la chambre, produisaient une série de convulsions générales. Ces symptômes apparaissent avant ou après une lésion divisant la moelle épinière, d'où on conclut que les convulsions (chez la grenouille) sont d'origine spinale. La rigidité et l'excitabilité musculaire étaient entièrement supprimées, pour un temps, par l'administration d'un anesthésique. La respiration était ralentie, superficielle, irrégulière, avec de fréquents arrêts, jusqu'à la mort. De temps en temps la respiration prenait le type de Cheyne-Stokes.

d) *Résumé.* — L'A. paraît agir principalement sur la moelle épinière, et avoir une action moindre sur le cerveau et les nerfs moteurs. Par analogie on peut inférer que les cordons latéraux sont affectés, à cause de la rigidité spasmodique en se servant des membres, de l'irritabilité musculaire excessive et dans une expérience par une démarche spéciale. L'action des légères excitations était plus marquée que celle des excitations douloureuses.

(*A suivre.*) Dr MARC JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE PAR LA CULTURE DE TUBERCULOSE ATTÉNUÉE ET PAR DES URINES STÉRILISÉES DE TUBERCULEUX.

Cet article fait suite à celui que nous avons publié dans *l'Art Médical* en novembre 1897. A ce moment, des 6 cobayes inoculés et traités par des injections de culture pure de tuberculose au trillionième il restait deux cobayes; tous deux sont morts tuberculeux, l'un est mort au mois de novembre, six mois après le témoin, l'autre a vécu jusqu'au 1er février. Il a donc vécu onze mois après l'inoculation de la tuberculose, a eu une survie de huit mois sur le témoin. La rate, le foie et le poumon étaient tuberculeux. De plus, il avait un épanchement pleurétique abondant d'un liquide séro-sanguinolent et cette complication a certainement avancé sa mort.

En résumé, sur nos 5 cobayes traités, à l'exception du numéro 1 qui n'a survécu que vingt-quatre heures au témoin, les autres ont eu une survie considérable qui, chez le numéro 5, a été de huit mois.

Tout en enregistrant ce succès relatif, nous tenons compte des résistances individuelles présentées par les cobayes à l'inoculation tuberculeuse. Ces résultats ont donc besoin d'être confirmés. Aussi avons-nous institué immédiatement une nouvelle série d'expériences. 6 cobayes ont été inoculés avec de la culture pure et nous les traitons par une dose un peu plus forte que la 2e série. Nous leur injectons tous les quatre jours un tiers de

centimètre cube de culture pure de tuberculose au billionième.

Nous rendrons compte de ces expériences dans quelques mois. Le témoin est mort tuberculeux, les autres cobayes sont les uns malades, les autres bien portants.

MM. Héricourt et C. Richet en communiquant à la Société de Biologie (26 février 1898) leurs nouvelles expériences sur le traitement de la tuberculose expérimentale par les injections *d'eau iodée*, s'expriment en ces termes : « Nous avons continué à étudier, par les méthodes les plus diverses, le traitement de la tuberculose expérimentale. Il ne nous paraît pas, en effet, qu'on ait le droit, dans les laboratoires de physiologie, de se désintéresser de cette question, et la difficulté du problème n'est pas une raison pour l'abandonner. »

C'est parce que cette pensée est la nôtre que nous avons reproduit les paroles de MM. Héricourt et Ch. Richet. Nous sommes persuadé, en effet, qu'il ne faut pas se décourager dans la recherche si aride du traitement de la tuberculose. Nous le disons très franchement et tout en réservant le résultat des expériences en voie d'exécution, nous n'avons trouvé qu'une seule substance qui modifie heureusement (jusqu'ici nous n'avons pas de guérison complète) la marche de la tuberculose, *c'est la tuberculine non phlogogène* de Klebs.

Un peu découragé des succès donnés tant par les toxines que par les cultures pures de tuberculose, nous avons pensé à utiliser les connaissances que les travaux du professeur Bouchard nous ont donné sur les toxines des urines.

D'après des expériences bien connues, les urines contiennent les toxines secrétées par les microbes pathogènes

Ainsi avec l'urine stérilisée d'un cholérique, on peut reproduire le choléra sur les lapins.

Les urines d'un tuberculeux avancé chez lequel existent des cavernes contiennent non seulement la tuberculine, mais encore les toxines des microbes de la suppuration.

Nous pouvions stériliser ces urines en les passant au philtre de Chamberland, mais nous savions que ce philtre retient un certain nombre de toxines et nous voulions disposer de toutes les toxines contenues dans les urines d'un tuberculeux.

Pour arriver à notre but, nous avons employé le même procédé dont on se sert pour stériliser le sérum : les urines renfermées dans des tubes bouchés avec de la ouate et coiffés d'un capuchon en caoutchouc ont été dix jours de suite soumis à une température de 70 à 75° pendant trois heures les premiers jours et pendant une heure et demie ensuite.

Ce sont ces urines coupées par moitié d'eau stérilisée, injectées à la dose d'un demi centimètre cube, qui nous servent à traiter une série de cobayes inoculés avec de la bouillie splénique tuberculeuse.

Dr Jousset.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ET D'AUTRES MALADIES INFECTIEUSES PAR LES OXYTOXINES.

Dans ses recherches publiées dans la *Deutsch. med. Woch.*, M. Hirschfelder (1) part de ce point de vue que toute antitoxine est une toxine oxydée, de sorte que pour

(1) *La Médecine moderne*, 21 août 1897.

l'obtenir il suffit d'oxyder par un moyen quelconque une toxine (l'auteur emploie le peroxyde d'hydrogène). L'auteur est arrivé à cette conclusion en constatant que la péritonite tuberculeuse guérit par une simple laparotomie exploratrice ; il se produirait dans ce cas l'oxydation de la tuberculine et il se formerait une oxytuberculine curative spécifique.

Quant à son oxytuberculine, l'auteur la prépare de la façon suivante. On prépare d'abord une culture excessivement virulente du bacille de Koch sur du bouillon de veau auquel on ajoute 4 p. 100 de glycérine, 1 p. 100 de peptone de Witte, 1/2 p. 100 de chlorure de sodium et 3/10 p. 100 de carbonate de soude normale. La culture est stérilisée et filtrée et, après y avoir ajouté du peroxyde d'hydrogène, on laisse la filtration se faire pendant quatre jours en ajoutant toutes les vingt-quatre heures du peroxyde d'hydrogène en telle quantité que toute la tuberculine se transforme en oxytuberculine. Avant de se servir de celle-ci il faut d'abord la débarrasser de l'excès de peroxyde d'hydrogène et essayer son action sur les cobayes : l'oxytuberculine pure sans mélange de tuberculine ne détermine aucun mouvement fébrile et ne provoque en général aucune réaction particulière.

Pour les formes mixtes de tuberculose Hirschfelder a préparé une oxytoxine particulière des cultures de crachats de tuberculeux par le même procédé qu'il employait pour l'oxytuberculine, à savoir : on préparait d'abord une culture virulente des crachats et on les traitait ensuite par du peroxyde d'hydrogène.

L'oxytuberculine et l'oxysepsine obtenues par l'auteur s'injectaient en quantité énorme sans provoquer d'accidents. On injectait ordinairement 20 centimètres cubes

d'oxytuberculine et 10 centimètres cubes d'oxysepsine par jour. Il va de soi qu'il faut prendre toutes les précautions les plus rigoureuses : aussi si l'oxytoxine devient trouble, il faut la stériliser pendant un quart d'heure. L'auteur conseille de ne pas se servir de la seringue de Pravaz, mais de recourir à celle qu'on emploie pour les injections de sérum antidiphtérique. L'injection d'oxytoxine est supportée par les malades de la même façon que l'injection d'un liquide indifférent quelconque ; on ne constate au point d'injection, ni rougeur ni aucun autre phénomène inflammatoire Tout liquide injecté est absorbé en l'espace de quelques minutes.

En ce qui concerne l'action thérapeutique de l'oxytoxine, on constate que déjà au bout de quelques jours la toux et les crachats diminuent, la malade a meilleure mine, l'appétit augmente considérablement, l'état général s'améliore.

Tels sont les phénomènes qui se produisent dans les cas plus graves de tuberculose lorsqu'il n'y a pas du tout de mouvements fébriles ou du moins lorsqu'ils sont insignifiants. La température dans ce cas s'abaisse et tombe même parfois tout à fait à la normale. En même temps les phénomènes physiques se modifient : la matité devient moins prononcée, les râles disparaissent, les bacilles diminuent et les crachats finissent par disparaître complètement. L'action de l'oxytoxine est surtout manifeste dans les cas légers de tuberculose pulmonaire sans cavernes, dans la laryngite tuberculeuse avec phénomènes pulmonaires peu prononcés et dans les ulcères tuberculeux. Ces derniers avec l'emploi externe de l'oxytoxine se recouvrent rapidement de granulations et se cicatrisent. Le même phénomène s'observe pour les ulcères laryngés.

Bien que les observations de l'auteur ne soient pas encore terminées, de sorte qu'on ne peut pas encore se prononcer sur l'action des oxytoxines (oxytuberculine et oxysepsine) dans les cas graves de tuberculose pulmonaire avec destructions caverneuses, toutefois le résultat obtenu dans un grand nombre de cas est tellement brillant, que les recherches ultérieures de l'auteur méritent d'être signalées. Citons entre autres le cas suivant rapporté par l'auteur : Une femme de 22 ans, dont la sœur est morte de tuberculose, avait eu il y a 2 ans des hémoptysies; depuis lors elle ne cessait pas de souffrir d'une toux intense. Il y a environ 6 mois, nouvelle hémoptysie ; la toux est devenue depuis plus intense : les crachats sont abondants, il y a des sueurs profuses et de la dyspnée. A l'examen on constate de la matité dans les 2 sommets, la respiration bronchique, les râles sous-crépitants. Bacilles abondants dans les crachats ; température matinale 37°8 ; poids 50 kilogrammes. Un mois après le traitement par l'oxytuberculine, la température est tombée à la normale, l'état général s'est amélioré. 2 mois après les bacilles disparurent des crachats, ces derniers devinrent bien moins abondants, de sorte qu'il fut difficile d'en avoir assez pour chercher les bacilles. Le poids cependant n'augmentant pas, on décida d'ajouter aux injections d'oxytuberculine celles d'oxysepsine. A partir de ce moment une période d'amélioration et au bout de 4 mois on constate des changements sérieux dans les signes physiques et les phénomènes généraux.

L'auteur ajoute qu'on peut préparer de la même façon des oxytoxines pour d'autres maladies infectieuses (pour les septicémies streptococcique et pneumococcique) et aussi pour le traitement des tumeurs cancéreuses.

Pour ces dernières on procède de la façon suivante : des fragments d'une tumeur enlevée en temps opportun sont trempés dans une solution de peroxyde d'hydrogène. Au bout de 24 heures le liquide est filtré, mélangé de nouveau à du peroxyde d'hydrogène et enfin stérilisé pendant 4 jours.

L'auteur a obtenu un certain succès thérapeutique par l'emploi de ces oxytoxines, mais les matériaux dont il dispose actuellement sont encore trop peu considérables pour qu'il puisse se prononcer définitivement à ce sujet.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er février. — Suite de la discussion sur la saignée, les vomitifs et les vésicatoires. — M. Hervieux, pendant vingt-quatre ans, a combattu à la Maternité la péritonite puerpérale par les vésicatoires, avec un succès qui a varié d'abord suivant la gravité de chaque cas particulier, mais qui s'est accentué d'autant plus que l'état sanitaire de l'établissement s'améliorait davantage. Il a fait également usage de ce précieux révulsif dans les cas de phlébite utérine et de pleurésie puerpérale avec un résultat toujours très satisfaisant. Quant aux accidents dus à l'action des vésicatoires, ils lui ont paru rares et se borner à des phénomènes de cystite peu graves. Les ventouses scarifiées, entre ses mains, dit-il, ont aussi souvent enrayé des débuts de péritonite puerpérale.

Sur la cicatrisation des plaies de l'uretère et de la vessie. — M. Cornil fait en son nom et au nom de M. Carnot une communication sur les expériences qu'ils ont faites chez des chiens pour étudier la cicatrisation des plaies de l'uretère et de la vessie. Il en résulte que ces plaies se cicatrisent très promptement grâce aux adhérences que le grand épiploon contracte avec les bords de ces plaies. Ils ont pu ainsi enlever chez un chien toute la partie supérieure de la vessie, puis unir le grand épiploon avec les bords de cette incision par six points de suture. Au bout de quelques semaines, le chien a été sacrifié et on a trouvé que la partie enlevée de la vessie avait été reconstituée par la lame du grand épiploon suturée à sa place.

Séance du 8 février. — Pourquoi la face fœtale du placenta est-elle grenue? — M. Delore a fait des recherches pour étudier cette question et il apporte à l'Académie le résultat de ses investigations ; au niveau des granulations et dans son voisinage on trouve un thrombus blanc, composé de fibrinogène et éminemment rétractile. Ses fibrilles, en diminuant de longueur, tirent les piliers et les projettent tellement qu'ils font saillie du côté du fœtus, refoulant le chorion dans lequel ils sont implantés. De là ces nodosités fibrineuses qu'on perçoit et qui simulent un néoplasme. Si on incise avec précaution les villosités placentaires, pour isoler ou tenter de recueillir des granulations, on est surpris de ne rien trouver et de les voir disparaître En coupant certaines brides scléreuses, on a fait cesser le phénomène de la projection.

C'est par le même processus de rétraction thrombosique que se produisent sur cette face placentaire, l'aspect gaufré et la margination.

Suite de la discussion sur la saignée, les vomitifs et les vésicatoires. — M. Ferrand entreprend à son tour la défense du vésicatoire.

Le vésicatoire est un agent de révulsion du plus facile emploi et tous les différents succédanés qu'on a proposés pour le remplacer ne le valent pas.

Le vésicatoire est le révulsif par excellence des états diacritiques. On lui objecte ses dangers qui, au point de vue local, seraient dus à la présence d'une plaie, mais il est facile d'y rémédier en le pansant antiseptiquement. Les accidents généraux auxquels il expose sont surtout les troubles du système vasculaire et du système uropoiétique. En effet, on a montré que l'empoisonnement par la cantharide ou la cantharidine produit une altération congestive ou même manifestement inflammatoire, sur l'endothélium vasculaire avec phénomènes d'exsudation séreuse, mais ces accidents sont rares avec l'emploi du vésicatoire ordinaire. Quant à l'action de la cantharide sur les voies urinaires elle peut aller de la simple diurèse à la véritable néphrite albumineuse, mais son usage mesuré ne saurait cependant être proscrit.

D'un autre côté, le vésicatoire a une réelle portée d'action sur l'activité nutritive des éléments vivants. Il agit également sur l'activité fonctionnelle, diminue la douleur, les spasmes, et c'est un des meilleurs agents de la médication contro-stimulante.

Il ne faut donc pas proscrire le vésicatoire dont les accidents ne relèvent que de l'incurie ou de l'abus qu'on en peut faire.

M. Huchard se propose au contraire d'attaquer le vésicatoire, mais avant il désire s'occuper de la saignée et des vomitifs.

La saignée a été trop abandonnée de nos jours et, personnellement, il en est partisan dans l'œdème aigu du poumon, dans les maladies infectieuses au début, dans les intoxications, dans l'éclampsie puerpérale et dans certaines cardiopathies.

Quant aux vomitifs, ils n'ont pas besoin d'être réhabilités car tout le monde les emploie, mais, si on savait qu'ils débarrassent des toxines microbiennes, on ignorait avant M. Robin qu'ils fussent capables d'accroître les échanges gazeux et qu'ils puissent encore jouer le rôle de ventilateurs pulmonaires.

Séance du 15 février. — Suite de la discussion sur la saignée, les vomitifs et les vésicatoires. — M. Huchard aborde les très nombreuses contre-indications du vésicatoire. Le vésicatoire peut déterminer de la cystite et de la néphrite, la cystite est rare, mais la néphrite devient beaucoup plus fréquente chez les individus dont les reins ne sont pas absolument sains, comme les vieillards, et souvent une néphrite interstitielle méconnue ou latente recevra un coup de fouet à la suite de la pose d'un vésicatoire. Il faut donc défendre le vésicatoire chez les vieillards, les goutteux, les artério-scléreux, les prostatiques, les urinaires et s'assurer toujours, avant de recourir à cette médication, de la perméabilité rénale. On doit aussi éviter les vésicatoires dans les maladies du foie, de l'estomac et des intestins. Dans les affections et péritonites puerpérales, M. Huchard croit, malgré l'opinion de M. Hervieux, que personne ne peut plus y songer même à titre de médication auxiliaire.

Dans les maladies infectieuses, le vésicatoire ne sert qu'à permettre une porte d'entrée aux nombreux germes

qui existent à l'état normal sur la peau et n'attendent que la plus petite excoriation pour donner lieu à toutes sortes d'infections secondaires.

Dans la pneumonie, le vésicatoire n'a aucune action sur la marche ou la résorption de la maladie.

Dans la pleurésie, le vésicatoire ou plutôt les vésicatoires fréquemment répétés sont le grand cheval de bataille de bien des médecins ; eh bien, Laënnec avait déjà constaté que l'application des vésicatoires, faite de bonne heure, était suivie immédiatement d'une augmentation de l'épanchement pleurétique. Pour M. Huchard, ils sont inutiles ou nuisibles au triple point de vue expérimental, clinique et anatomo-pathologique.

Dans les affections cardiaques, ils sont dangereux dans les affections aiguës ; dans les affections chroniques, ils ne peuvent rien faire. Si l'on croit avoir besoin de pratiquer une révulsion, n'importe quel autre moyen sera préférable.

Donc, lorsqu'on voudra augmenter la phagocytose et la ventilation, point besoin ne sera de s'adresser au vésicatoire, toute excitation cutanée, telle que les pointes de feu, produisant le même résultat.

Dans les affections infectieuses, on retirera autant de bénéfices avec moins de danger des bains chauds ou froids, des enveloppements mouillés, etc.

M. Panas emploie la révulsion aussi bien en chirurgie générale qu'en oculistique et toujours avec grand succès.

M. Cornil confirme l'action de la cantharidine sur les tissus et les cellules. Depuis qu'il est prévenu de ses dangers, il ne l'emploie plus que rarement, et encore trouve-t-il ce moyen bien infidèle. Il croit qu'il serait préférable,

si on tient à employer la cantharide, de se servir de cantharidine en injection sous-cutanée.

M. Robin défend naturellement ses précédentes conclusions et dit, en terminant, qu'il est avec M. Huchard quand il proteste contre l'abus des vésicatoires, mais qu'il est convaincu qu'il défend le malade quand il porte la parole en faveur du vésicatoire.

Séance du 22 février. — Néoplasie testiculaire. — M. Berger fait un rapport sur une note de M. Kirmisson concernant un cas de maladie kystique du testicule chez un jeune enfant. L'enfant âgé de 1 an fut présenté à M. Kirmisson comme atteint d'hydrocèle congénitale. Mais une ponction exploratrice ne fit sortir que quelques gouttes de liquide de la tumeur, qui resta solide, rénitente, et du volume d'une noix. Comme le père de l'enfant était syphilitique, on fit même un traitement spécifique à ce dernier, mais sans résultat, et au bout de quatre mois, la tumeur continuait à se développer. M. Kirmisson pratiqua la castration. Depuis ce moment, c'est-à-dire il y a deux ans, l'enfant est bien portant, malgré que l'examen de la tumeur en ait révélé la dégénérescence cancéreure. Voici cet examen :

« *Examen macroscopique.* — Pas d'apparence du tissu testiculaire sain, pas de parties caséeuses ; par le raclage, suc lactescent ; cavités kystiques peu nombreuses sauf en un point.

« *Examen microscopique.* — Tumeur kystique du testicule, où le parenchyme normal a complètement disparu et où on trouve des kystes nombreux, dont la paroi est irrégulière, et tapissée par une couche épithéliale continue, formée de cellules aplaties. A côté de ces kystes,

on est frappé de l'abondance de la prolifération épithéliale qui se manifeste sous forme de traînées, d'amas cellulaires épithéliaux, contenus dans des logettes des alvéoles, dont les parois sont fibreuses et infiltrées de cellules conjonctives. Il semble que l'on ait affaire à une maladie kystique du testicule dont l'évolution est devenue maligne. »

Suite de la discussion sur la saignée, les vomitifs et les vésicatoires. — M. Mignot défend le vésicatoire et dit que l'enlever au médecin de campagne, serait le priver de son arme la plus puissante et la plus fréquemment employée contre les inflammations du poumon et de la plèvre, et des organes internes ainsi que contre les fluxions articulaires des membres. Il est aussi un bon moyen de calmer les douleurs névralgiques.

Quant à la saignée, son usage est commandé par une oppression extrême résultant d'un engorgement pulmonaire, par l'afflux du sang qui dilate un cœur impuissant à s'en débarrasser, par la suppression d'une hémorrhagie habituelle suivie d'une apoplexie au cerveau.

M. Ferrand veut répondre au réquisitoire de M. Huchard contre le vésicatoire. Le vésicatoire bien traité, dit-il, ne détruit pas l'épiderme et ne laisse rien de suspect entrer dans l'organisme. Il provoque le corps muqueux à recevoir, par diapédèse ou autrement, des nouvelles formations leucocytaires. Le vésicatoire est la lance enchantée qui guérit les blessures qu'elle provoque. A entendre les adversaires du vésicatoire, son action consisterait à détourner les leucocytes des foyers malades pneumoniques ou autres et à les appeler à la peau ce qui irait à l'encontre du but qu'on veut atteindre. Mais ce n'est

pas exact, le vésicatoire n'a pas pour effet de détourner vers la peau les contingents de l'armée phagocytaire mobilisés autour de la lésion ; le vésicatoire frappe les appareils lymphogènes partout où ils se trouvent et en fait sortir de nouvelles légions.

L'antisepsie n'a pas tué le vésicatoire, comme on le dit. En médecine ce sont les mots qui vieillissent bien plus que les idées.

En tous cas, il y a quelque chose qui ne vieillit pas ce sont les faits.

Or, le vésicatoire est un fait, un fait qui a vu passer bien des générations et qui survivra à la nôtre.

D[r] G. NIMIER.

SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. RÉTRÉCISSEMENT DU SYSTÈME ARTÉRIEL ET NÉPHRITE SCLÉREUSE. — II. MICROSPHYGMIE PERMANENTE. — III. EMPLOI DU SÉRUM GÉLATINÉ DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES. — IV. OPOTHÉRAPIE SURRÉNALE ; ADDISONIEN GUÉRI DEPUIS TROIS ANS.

I

(*Séance du 4 février*). — M. MOUTARD-MARTIN lit l'observation d'une malade de 22 ans morte dans son service d'accidents urémiques : il s'agissait d'une naine de 1 m. 47, c'est-à-dire ayant la taille d'un enfant de 14 ans, ayant conservé l'aspect et le caractère d'un enfant, entrée à l'hôpital pour des accidents pris en ville pour un début de méningite (vomissements, céphalalgie). Après quelques jours tous ces malaises disparaissent et il ne persiste que de l'abattement et de la prostration. Vers le 15 novembre trois petits abcès furonculeux. Le 18 décembre,

otite avec écoulement d'oreille, qui guérit assez vite. Le 23 décembre, on remarque pour la première fois de la bouffissure du visage, les urines contiennent 0 gr. 30 d'albumine par litre ; malgré le régime lacté, accidents urémiques assez rapides et mort le 7 janvier.

A l'autopsie, on ne trouve de lésions qu'au niveau du système artériel et aux reins.

Le ventricule du cœur gauche est hypertrophié. Aucune lésion orificielle, soit dans le cœur droit, soit dans le cœur gauche ; l'orifice aortique est suffisant et ses valvules intactes.

Après dissection de la base du cœur, on voit que l'aorte, à 4 centimètres de son origine, se rétrécit notablement, et ce rétrécissement se continue sur l'aorte thoracique. Ainsi, la première portion de l'aorte paraît ectasiée par rapport au reste de l'arbre artériel.

En effet, en poursuivant l'aorte thoracique et abdominale, on voit que le calibre de l'artère est considérablement diminué ; à 10 centimètres au-dessus de l'abouchement des artères rénales, le diamètre du vaisseau est de 1 centimètre environ et il admet à peine le petit doigt. La splénique, le tronc cœliaque, les mésentériques, l'iliaque primitive et les branches de bifurcation iliaque externe et hypogastrique avec son bouquet terminal sont petites, on dirait l'arbre artériel d'un enfant de 12 ans. L'exagone de Willis et les artères cérébrales présentent le même défaut de développement. Il n'existe aucune lésion d'endartérite sur les gros troncs.

Les artères rénales aplasiées, pénètrent dans les organes atrophiés : le rein gauche pèse 40 grammes ; le droit 50. La décortication est difficile, et avec la capsule on entraîne des parties de la substance corticale ; l'aspect de l'organe est chagriné.

A la coupe, on constate que la substance corticale est atrophiée ; les pyramides de Malpighi, pâles, se détachent à peine sur le fond jaunâtre de la glande.

Le bassinet, les calices, l'uretère et la vessie ne présentent rien d'anormal.

L'examen histologique du rein confirme l'existence d'une néphrite scléreuse.

M. Moutard-Martin rapproche cette observation d'un assez grand nombre de cas semblables qui ont été publiés ; et à ce propos passe en revue les diverses théories pathogéniques qui ont été émises.

M. Lancereaux pense que la plupart des affections chroniques du rein dans le jeune âge, sont liées à une étroitesse congénitale du système artériel.

Pour Brault, au contraire, comme il existe des cas d'atrésie du système artériel sans lésion rénale, la subordination des lésions rénales aux lésions artérielles paraît douteuse.

M. Rendu a eu l'occasion d'observer un cas clinique absolument calqué sur celui qui vient d'être rapporté. Il a pu suivre pendant dix-huit mois une malade qui présentait l'aspect extérieur d'une naine. D'une taille exceptionnellement petite, elle n'offrait pourtant aucune malformation du tronc ou des membres, elle semblait avoir subi un arrêt de développement général. On l'amena dans son service en pleine crise d'urémie convulsive, qui fut heureusement modifiée par une saignée, et par des purgatifs drastiques. L'urine était très albumineuse et, pendant toute la durée du séjour de la malade à l'hôpital, n'a pas cessé de l'être. Le cœur semblait un peu hypertrophié et présentait de temps en temps un bruit de galop à l'auscultation, mais pas constamment. Le pouls était petit et dif-

ficile à percevoir, et n'avait rien de la dureté du pouls habituel des malades atteints de sclérose rénale. Malgré la forte proportion d'albumine que contenait l'urine, pendant près d'un an, la malade n'eut aucun accident; mais une grippe intercurrente aggrava beaucoup son état et elle commença à se plaindre de dyspnée et de troubles intestinaux. Elle quitta son service dans un état très mauvais, et rentra quelques jours plus tard dans les salles de son collègue, M. Huchard, où elle succomba.

Comme chez le malade de M. Moutard-Martin, on trouva une atrophie rénale excessive, et une sclérose avancée des deux reins. Tout l'arbre circulatoire était uniformément réduit à des dimensions minimes, et l'aorte n'excédait pas le volume habituel de l'artère iliaque. Les artères rénales étaient grosses comme une artère radiale de calibre ordinaire. Toutes les autres artères étaient à l'avenant.

II

(*Séance du 11 février.*) — M. Variot rapporte l'observation d'un petit malade qu'il a dans son service depuis un an : cet enfant, âgé de 4 ans, présente des troubles très singuliers et très évidents de la circulation périphérique. Lorsqu'on lui tâte le pouls radial, comme d'ordinaire, on ne perçoit pas tout de suite le choc de l'ondée sanguine artérielle ; il faut chercher un instant, presser avec le pouce sur la région de l'artère pour sentir un soulèvement très faible, une ondulation filiforme habituellement. A droite, le pouls radial est encore plus difficilement perceptible qu'à gauche.

Cette petitesse du pouls est telle qu'on n'a pas pu prendre de tracé sphygmographique.

Le pouls bat de 70 à 80 fois par minutes ; toutes les 10 à 12 pulsations on sent ordinairement une intermittence du pouls correspondant à un faux pas du cœur.

L'auscultation du cœur ne fait rien percevoir d'anormal.

La respiration est un peu ralentie ; la température rectale est ordinairement à 37° ; la température axillaire à 35,5. Les extrémités sont presque continuellement froides. Pour compléter l'étude clinique de cet enfant, la peau du thorax et de l'abdomen est atteinte d'ichthyose.

III

M. Smedey vient rappeler un moyen de combattre les hémorrhagies indiqué en septembre dernier par M. Paul Carnot, conseillé depuis par le professeur Landouzy ; ce moyen n'est pas encore suffisamment entré dans la pratique quoi qu'il soit facile à employer, sans danger et qu'il réussisse le plus fréquemment.

Depuis quatre mois, il a traité, d'après le système de Paul Carnot, tant en ville qu'à l'hôpital, 11 hémorragies d'une réelle importance, et avec un succès constant.

Neuf métrorragies graves, 1 perte de sang causée par des hémorroïdes internes, et 1 épistaxis intense et prolongée.

Les hémorragies utérines relevaient de causes différentes : 4 de ces métrorragies provenaient de la rétention de débris placentaires ou déciduaux, à la suite d'avortement ; 2 étaient dues à une endométrite chronique ; une fois, la perte de sang précédait une fausse couche ; dans les deux autres cas, il s'agissait d'un polype fibro-myomateux et d'un cancer du col utérin.

Chez deux des femmes atteintes de métrorragies *post partum*, des injections intra-utérines très chaudes, renou-

velées, avec persistance, pendant plus d'une heure, n'avaient amené aucun résultat; dès le premier pansement au sérum gélatiné, l'écoulement de sang s'arrêta.

Les autres malades ont été soumises d'emblée avec succès aux applications de la solution de gélatine.

Chez une jeune fille vierge, présentant un polype musculaire à l'orifice du col utérin, et qui était épuisée par des hémorragies incessantes, l'introduction dans le vagin, par la fente hyménéale d'une mèche de gaze imbibée de sérum gélatiné, suffit pour arrêter la perte de sang, en attendant l'opération, qui amena la guérison définitive.

Une malade atteinte de cancer, qui est encore actuellement dans le service, a de fréquentes hémorrhagies qui cèdent à l'introduction d'un pansement gélatiné dans le vagin, sans recourir au spéculum qui provoque l'écoulement du sang.

Bien entendu, ces applications sont purement palliatives, elles n'ont pas d'autre but que de parer à un danger immédiat, en arrêtant l'hémorragie.

Chez une malade atteinte d'hémorroïdes internes et qui était sujette à des hémorragies assez persistantes, l'écoulement de sang cessa après deux lavements gélatinés.

M. Siredey a eu également l'occasion de traiter par la gélatine un homme de 70 ans, athéromateux, qui était atteint d'une violente épistaxis durant déjà depuis trois heures, et qui avait résisté à des injections d'eau chaude pure, à des injections d'eau additionnée de perchlorure de fer, à des applications locales d'antipyrine, etc. Dès le premier pansement gélatiné, l'hémorragie s'arrêta.

La technique est d'ailleurs fort simple et elle a été parfaitement indiquée par P. Carnot : elle n'exige ni outillage particulier, ni connaissances spéciales.

On prépare d'abord un véhicule composé de :

Chlorure de sodium. . . .	7 grammes
Eau distillée.	1 litre.

C'est le sérum artificiel du professeur Hayem, sans sulfate de soude ; puis on y fait dissoudre de 5 à 10 p. 100 de gélatine, et on stérilise la préparation en la faisant séjourner pendant un quart d'heure dans l'étuve à 100 degrés et en renouvelant à deux jours d'intervalle, comme le recommande P. Carnot. Il est bon d'y ajouter une substance antiseptique telle que le sublimé à 1/1000, l'acide phénique à 1/100, lorsque la préparation est destinée à la cavité utérine ou à celle des fosses nasales. S'il s'agit de l'intestin, on doit éviter avec soin tout élément toxique.

On peut ainsi faire préparer à l'avance plusieurs flacons de sérum gélatiné, de contenance variée, et que l'on conserve assez longtemps s'ils sont hermétiquement bouchés. La préparation se solidifie à froid ; sa transparence, sa parfaite homogénéité témoignent de l'absence de colonies microbiennes. On devra rejeter les flacons suspects, où l'on croirait reconnaître des cultures. Au moment de s'en servir, on liquéfie par l'immersion dans un bain-marie chaud la masse solidifiée. P. Carnot conseille d'employer le sérum gélatiné en injections et en pansements locaux.

Souvent dans la pratique, un seul de ces moyens suffit pour arrêter l'écoulement de sang.

Lorsqu'il s'agit de métrorragies, après avoir, à l'aide d'une injection tiède, débarrassé le vagin des caillots qu'il contient, on se sert du spéculum pour placer à l'entrée du col utérin un petit tampon de gaze stérilisée, bien imbibé de sérum gélatiné, et non exprimé, puis on applique dans le fond du vagin, sur le col et dans les culs-de-sac, un

large tampon également imbibé de la solution de gélatine, et maintenu par quelques tampons secs, déposés à l'entrée du vagin. Si l'on est en présence d'une hémorragie post partum, et qu'on trouvé la cavité utérine béante et d'accès facile, on peut y injecter du sérum gélatiné, ou tout au moins la badigeonner d'un tampon d'ouate imbibé de cette préparation, et y laisser une lanière de gaze stérilisée chargée de la solution de gélatine. Mais il n'est pas nécessaire de pratiquer un véritable tamponnement serré, comme on le fait dans les conditions ordinaires.

Lorsqu'il s'agit d'hémorragies à répétition, si les pansements ne peuvent être pratiqués au moment opportun par une personne expérimentée, on doit conseiller aux malades de faire des injections vaginales de sérum gélatiné, en maintenant le siège fortement relevé sur un coussin, le tronc étant un peu incliné en bas, de manière à assurer la stagnation du liquide dans les culs-de-sacs vaginaux, au contact de l'orifice cervical. Un bouchon d'ouate placé à l'orifice vulvaire contribue à retenir le liquide dans la cavité vaginale. Ce procédé convient tout particulièrement pour combattre les hémorragies qui surviennent au cours de la grossesse, alors qu'il y a un grand intérêt à éviter les pansements faits directement sur le col utérin.

Chez des jeunes filles vierges, chez des femmes atteintes de cancer, ou qui présentent une sensibilité anormale, on peut, également, recourir à des injections de sérum gélatiné, pratiquées dans les mêmes conditions, ou introduire directement dans le vagin, sans se servir du spéculum, une longue mèche de gaze stérilisée, bien imbibée de la solution hémostatique.

Le lavement gélatiné se prend comme un lavement ordinaire ; on peut y ajouter quelques gouttes de laudanum

pour le faire garder. Chez certaines personnes, la présence du sel provoque des évacuations, on peut recourir dans ce cas à une solution aqueuse simple de gélatine.

Pour combattre les épistaxis, on commence par une injection d'eau bouillie tiède pour nettoyer les fosses nasales, puis on injecte du sérum gélatiné et on applique à l'orifice antérieur un tampon d'ouate, ou de gaze stérilisée, que l'on imbibe de la même préparation hémostatique. On échoue quelquefois, parce que l'on emploie des Solutions trop chaudes dont l'effet coagulant est plus faible.

IV

(*Séance du* 25 *février.*) — M. Béclère présente à la société un ancien addisonien guéri depuis trois ans. Il a suivi le développement de tous les phénomènes morbides dont la réunion constitue le syndrôme d'Addison ; il a vu croître l'asthénie et la mélanodermie ; il a assisté à l'apparition des douleurs, des troubles gastro-intestinaux et de l'amaigrissement, qui ont, sous ses yeux, fait de rapides progrès ; en cinq mois l'état s'était aggravé tellement que le pronostic paraissait fatal et qu'on pouvait croire la mort prochaine ; puis en deux mois, sous l'influence de l'opothérapie surrénale, tous les symptômes ont disparu ou se sont amendés ; depuis ce moment, trois ans se sont écoulés et la guérison a persisté.

Le traitement a commencé par l'ingestion de capsules surrénales. Le 18 octobre 1894, il ingère, mêlées à la viande crue qu'il prend chaque jour, 4 capsules surrénales de mouton finement hachées. Ces capsules pesant ensemble 10 grammes ont été prises le matin même à

l'abattoir par M. Robin, externe du service, sur des moutons fraîchement égorgés.

Le 19. Nouvelle ingestion de 5 capsules surrénales de mouton, pesant ensemble de 10 à 15 grammes.

Le 20. Ingestion de 4 capsules surrénales de veau pesant ensemble 20 grammes.

Le 21. Ingestion de 60 grammes de capsules surrénales de bœuf.

Le 22. Ingestion de 25 grammes de capsules surrénales de bœuf.

Le 24. Ingestion de 25 grammes de capsules surrénales de bœuf.

Le 25. Ingestion de 25 grammes de capsules surrénales de bœuf.

Le 26. Ingestion de 25 grammes de capsules surrénales de veau.

Le traitement est suspendu pendant quelques jours : il a été bien supporté mais n'a amené aucune amélioration ; non seulement tous les phénomènes morbides persistent, mais l'énergie musculaire a diminué : le dynamomètre, quotidiennement interrogé, ne mesure plus que 20 à 24 kilogrammes.

Le 2 novembre. On reprend l'opothérapie, le malade ingère 20 grammes de capsules surrénales de veau.

Le 3. Nouvelle ingestion de 20 grammes de capsules surrénales de veau.

Le 4. Ingestion de 20 grammes de capsules surrénales de veau.

Le 5. Ingestion de 30 grammes de capsules surrénales de veau.

Le 6. Ingestion de 4 capsules surrénales de veau.

Le 7. Ingestion de 4 capsules surrénales de veau.

Le 8. Ingestion de 4 capsules surrénales de veau.

Puis du 9 au 15 novembre, le malade n'ingère plus, chaque jour, que 2 capsules surrénales de veau.

Pendant toute cette période de temps, aucun signe d'amélioration, tout au contraire : les douleurs et les vomissements s'accentuent, l'asthénie persiste et l'amaigrissement progresse, le malade a perdu 5 livres de son poids depuis son entrée au Bastion 29.

C'est à partir du 16 novembre que les injections sous-cutanées d'extrait surrénal sont substituées à l'ingestion des capsules fraîches. M. Robin, externe du service, prépare lui-même, avec toutes les précautions de la plus minutieuse asepsie, cet extrait hydro-glycériné suivant les règles formulées par Brown-Séquard et d'Arsonval.

Les capsules surrénales de veau, coupées en très menus morceaux, macèrent vingt-quatre heures dans la glycérine pure, à parties égales en poids. Puis on ajoute une quantité de solution saline à 25 p. 1,000 égale au poids total de la glycérine et des capsules ; après une demi-heure de contact, on filtre le tout et le liquide ainsi obtenu, recueilli dans des tubes stérilisés, est prêt à servir aux injections sous-cutanées.

En résumé, 1 centimètre cube de cette solution contient l'extrait hydro-glycériné de 25 centigrammes de capsule surrénale de veau.

Commencées le 16 novembre, les injections sous-cutanées d'extrait surrénal sont continuées jusqu'au 24 novembre, aux doses suivantes :

Le 16 novembre. Injection de 2 centimètres cubes ;

Le 17. Injection de 1 centimètre cube ;

Le 18. Injection de 2 centimètres cubes ;

Le 19. Injection de 2 centimètres cubes ;

Le 20. Injection de 2 centimètres cubes ;
Le 21. Pas d'injection ;
Le 22. Injection de 2 centimètres cubes ;
Le 23. Injection de 2 centimètres cubes ;
Le 24. Injection de 2 centimètres cubes.

Les injections sont douloureuses mais ne déterminent aucun accident ; elles ne modifient en rien l'énergie musculaire qui, le 26 novembre, tombe au chiffre le plus bas indiqué par le dynamomètre jusqu'alors, à 15 kilogr.

Le traitement surrénal, interrompu du 24 novembre au 3 décembre, est repris à cette date. Pendant 4 jours consécutifs, du 3 au 6 décembre inclusivement, le malade reçoit quotidiennement une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube. Il se repose deux jours, le 7 et le 8, puis reçoit de nouveau quotidiennement du 9 au 24 décembre, sauf le 16 et le 17, une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube.

A la fin de cette seconde période d'injections, l'énergie musculaire, après s'être quelque peu relevée, tombe de nouveau à 15 kilogrammes.

Le traitement est encore interrompu jusqu'au 2 janvier 1895 puis, pendant neuf jours consécutifs, le malade reçoit quotidiennement une injection de 1 centimètre cube.

Mais à ce moment son poids, qui est descendu au-dessous de 61 kilogrammes, commence à se relever, les troubles digestifs diminuent, le malade va sensiblement mieux il résiste davantage à la fatigue ; cependant, par contraste, au commencement de cette nouvelle période de traitement, la force musculaire tombe à 12 kilogrammes, c'est le chiffre le plus bas indiqué par le dynamomètre pendant tout le cours de la maladie.

Le malade reçoit encore une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube, aux dates suivantes : 12 janvier, 30 et 31, 1er février, 18, 20 et 21, 1er et 4 mars.

A cette dernière date, il a reçu en tout 50 centimètres cubes d'extrait hydroglycériné de capsules surrénales de veau en 43 injections; il avait auparavant ingéré d'abord 300 grammes de capsules surrénales de mouton, de bœuf et de veau, puis 26 capsules surrénales de veau pesant ensemble approximativement 150 grammes, soit au total 450 grammes de parenchyme surrénal.

Ce traitement, avec des interruptions de plus en plus longues, a duré quatre mois et demi.

A partir du 24 décembre, le malade ne cesse pas d'augmenter de poids; en trois mois, il gagne près de 10 kilogrammes.

Dès la fin du mois de décembre, il s'améliore au point de pouvoir être, au bureau des entrées de l'hôpital, employé aux écritures: de malade secouru par l'Assistance publique, il devient un des fonctionnaires de cette administration. C'est dire que sa résistance à la fatigue croît de jour en jour.

Le 1er janvier 1895, je quitte le Bastion 29, laissant M. Robin, externe dans le service de mon successeur, M. Chantemesse, continuer à observer le malade et à lui faire des injections sous-cutanées d'extrait surrenal. C'est en mars qu'il peut être considéré comme revenu à l'état normal. Il est capable de longues courses sans fatigue et au dynamomètre à pression il dépasse 100 kilogrammes. La mélanodermie sans disparaître s'est beaucoup atténuée. Depuis cette époque je l'ai suivi, sa santé n'a pas été toujours parfaite, la tuberculose pulmonaire dont il est atteint a fait quelques progrès d'ailleurs lents. J'ai pu

constater sous la clavicule droite des craquements humides qui n'existaient pas alors qu'il était un addisonien, mais jamais depuis trois ans, l'asthénie n'a reparu ; à part un certain degré persistant de mélanodermie, jamais plus il n'a représenté les phénomènes morbides du syndrome d'Addison.

Il est à remarquer que tandis que le traitement du myxœdème par le corps thyroïde produit une amélioration rapide, se manifestant dès les premiers jours du traitement, chez cet addisonien, il a fallu un traitement de deux mois avant qu'il se manifeste une amélioration réelle. D'un autre côté, le traitement thyroïdien n'a chez les myxœdémateux qu'une action passagère et doit être toujours continué sous peine de voir la maladie revenir ; chez le malade du Dr Béclère, au contraire, le traitement n'a duré que quatre mois et demi et son effet persiste toujours.

M. Widal a observé dernièrement un addisonien, auquel il a fait le traitement opothérapique par ingestion de capsules surrénales de mouton crues et hachées dans du bouillon ; ce traitement a produit une amélioration très rapide, permettant au malade de reprendre ses occupations; puis la maladie a repris sa marche progressive, le traitement opothérapique n'a plus été supporté et le malade est mort dans une syncope.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

UN CAS DE RÉINFECTION SYPHILITIQUE

On n'a jamais voulu admettre qu'un même individu pouvait avoir deux fois la syphilis. M. Du Castel présente à ce sujet un malade très intéressant. Il s'agit d'un individu qui aurait été soigné en 1892 dans son service même, pour un chancre syphilitique; il avait à ce moment des plaques muqueuses à la gorge, ainsi que quelques accidents cutanés et actuellement, en effet, l'on aperçoit sur le corps une série de cicatrices qui sont des cicatrices de syphilis. Son histoire est donc vraisemblable, mais on n'a aucune note sur lui.

Se croyant guéri après le traitement spécifique auquel il fut soumis, il quitta l'hôpital mais pour y revenir quatre ans après. Il avait en effet un retour de syphilis et l'observation qu'on a de lui porte l'étiquette suivante : *syphilis, iritis syphilitique, frictions mercurielles*, etc. Il est sorti guéri quelque temps après. Voilà donc un malade qui a eu une première syphilis; cela ne peut être mis en doute après les renseignements donnés, le traitement et l'observation qu'on a sur lui.

Il y a quelques jours ce malade revient, il raconte qu'il n'a pas vu de femme depuis le 1er novembre. Vers le milieu de décembre seulement, il s'est aperçu de la présence d'une érosion siégeant dans le sillon balano-préputial, et un mois après il a constaté l'apparition de taches sur le thorax et l'abdomen : à l'examen actuel, on voit à la place même de l'érosion une tumeur indurée avec

retentissement sur les ganglions inguinaux gauches, et sur le tronc l'on constate une belle roséole qui a tous les caractères d'une roséole jeune.

C'est là, la marche d'une syphilis qui évolue régulièrement, et les accidents actuels ne sont pas très vraisemblablement le résultat de la première syphilis.

De plus, il y a absence de ganglions dans les lésions chancriformes : or, tel n'est pas le cas ici. Donc l'évolution de ce chancre induré, les caractères des accidents cutanés et la présence des ganglions font plutôt penser qu'il s'agit ici non d'une lésion secondaire, mais bien d'une deuxième inoculation syphilitique. (*La Médecine moderne*, 24 février.)

PUISSANCE ANTITOXIQUE DE LA CHOLESTÉRINE ET DE LA TYROSINE.

M. Phisalix a étudié l'influence de la cholestérine végétale provenant de la carotte sur le venin de vipère ; cette cholestérine donne les mêmes résultats que la cholestérine animale. Cette cholestérine, fondue à 166° et redissoute, agit également comme immunisant l'animal contre le venin de vipère.

La tyrosine a les mêmes propriétés à la dose de 1 à 2 centigr.; la tyrosine extraite des tubercules de dahlia a des propriétés immunisantes nettes, mais non des propriétés antitoxiques. Le suc de dahlia a la dose de 1 centimètre cube donne les mêmes résultats.

Le suc agit lorsqu'il est injecté quelque temps avant le venin. (*La Médecine moderne*, 9 février.)

PULVÉRISATIONS DE CHLORURE DE MÉTHYLE CONTRE LES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE.

Chez une femme enceinte, atteinte de vomissements rebelles à toute médication, M. le docteur Lefour (de Bordeaux) a obtenu la cessation définitive de ce trouble réflexe grave, à la suite d'une pulvérisation énergique de chlorure de méthyle faite sur tout le trajet de la eolonne vertébrale, et il a pu ainsi éviter le curage utérin pour lequel on l'avait appelé auprès de la malade. (*Semaine médicale*, 23 février.)

UN TRAITEMENT RADICAL DE L'HYDROCÈLE.

M. le professeur O. Bloch, chirurgien en chef de l'hôpital Frédéric, à Copenhague, a imaginé pour la cure de l'hydrocèle, un procédé qu'il a eu l'occasion d'employer 44 fois chez 40 sujets et qui, d'après son auteur, répond à toutes les conditions qu'on peut exiger d'un traitement de ce genre : il est radical, ne provoque pas de phénomènes douloureux et permet à l'opéré de reprendre presque aussitôt ses occupations habituelles.

Le patient ayant été chloroformisé, on fait sur le scrotum une incision assez large pour mettre le testicule à nu. On renverse ensuite la tunique vaginale sur toute son étendue ; on enlève les excroissances qui peuvent exister sur sa face interne ; on la frotte énergiquement dans tous ses replis, ainsi que la surface du testicule, avec de la gaze stérilisée imbibée d'eau phéniquée à 3 0/0 ; on réduit ensuite le testicule; enfin on tamponne la cavité séreuse avec une lanière de gaze iodoformée, dont on fait sortir le bout par l'incision, et on applique un pansement antiseptique ou simplement aseptique. Au bout de trois ou

quatre jours on supprime le tampon, on ferme la plaie à l'aide de trois à cinq points de suture (catgut phéniqué-alcoolisé n° 2) ne comprenant que la peau, on panse avec de la gaze iodoformée ou avec de la ouate stérilisée maintenue en place par un suspensoir.

L'opéré peut se lever dès le lendemain de l'application des sutures; il ne conserre de l'intervention qu'un épaississement indolent qui se dissipe peu à peu et constitue présisément une garantie contre la récidive. Tous les malades de M. Bloch ont été revus au bout d'un laps de temps variant de huit mois à cinq années après l'opération, et l'hydrocèle n'a récidivé jusqu'à présent que chez un seul d'entre eux. (*La Semaine médicale*, 16 février.)

L'IODOTHYRINE DANS UN CAS DE MALADIE DE BASEDOW COMPLIQUÉE DE DIABÈTE SUCRÉ

M. E. Grawitz a observé une jeune fille de 22 ans, présentant les signes classiques du goître exophtalmique. En même temps que les symptômes de Basedow, s'étaient développés les symptômes du diabète; les urines contenaient 45 grammes de sucre par litre. Bien que l'iodothyrine ait produit de la glycosurie chez certains malades auxquels elle a été administrée, M. Grawitz traita cette jeune fille par l'iodothyrine. Il y eut une amélioration notable des symptômes de Basedow, et le sucre urinaire baissa de 45 grammes à 0,50 centigrammes par litre; l'auteur attribue toutefois cette diminution au régime alimentaire dont les hydrates de carbone avaient été exclus. (*Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, 16 février.)

Il y a longtemps que nous avons signalé dans l'Art médical l'efficacité de la médication thyroïdienne, par conséquent de l'iodothyrine, dans le goître exophtalmique ; nous avons signalé aussi la production du sucre sous l'influence de la même médication et nous avons conseillé son emploi dans le diabète.

CHLOROSE THYROÏDIENNE

M. Capitan a signalé à la Société de biologie (19 décembre 1897), une forme de chlorose qui coïncide avec une augmentation de volume du corps thyroïde. Tantôt il s'agit d'un goître mou, sans battements, tantôt d'un goître dur animé de battements, accompagné quelquefois de symptômes basedowiens très nets. La chlorose serait, dans ces cas, sous la dépendance de la maladie de Basedow ; ce serait une forme de l'intoxication thyroïdienne. Toujours est-il que, réfractaire aux médications communément usitées contre la chlorose, elle s'amende sitôt qu'on fait prendre aux malades une solution iodo-iodurée un peu forte. Le résultat thérapeutique est encore plus éclatant, quand on soumet les malades à un traitement par les tablettes d'iodothyrine. (*Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, 16 février.)

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DE LAPIS ALBUS

Lapis albus ou le silicico-fluorure de calcium, a été introduit dans la matière médicale homœopathique par le Dr Grauvogl, vers l'année 1874.

Etant un jour à Gastein, dans la vallée d'Asche, le Dr Grauvogl remarqua qu'un grand nombre d'habitants de

cette vallée étaient atteints de goirte. Il attribua ce fait à l'eau qu'ils buvaient et qui était imprégnée d'une espèce de gneiss. Après avoir fait usage de cette eau pendant quelque temps, il s'aperçut que sa glande thyroïde commençait à gonfler. Il prépara alors la sixième trituration de ce minerai, et l'administra avec succès dans certaines affections. Les résultats satisfaisants qu'il en obtint, l'engagèrent à faire connaître le nom du médicament qu'il avait tenu secret jusqu'alors ; il l'envoya au Dr Bojanus et à d'autres afin de le soumettre à l'épreuve clinique. Nous ne possédons que des fragments de l'expérimentation de *lapis albus* ; mais le symptôme le plus constant est une douleur persistante, brûlante ou lancinante dans les seins, dans la région cardiaque, à l'estomac et dans l'utérus ; cette douleur affecte parfois une grande intensité. Ce médicament possède en outre une action très marquée sur la glande thyroïde dont il augmente notablement le volume. Les cas de guérison de goitre par *lapis albus*, administré de la 1re à la 200e atténuation, sont très nombreux.

Lapis albus a été employé aussi avec avantage dans le cancer. La douleur persistante dans le sein en même temps que l'induration glandulaire, l'indiquent naturellement au début du cancer du sein.

La sphère d'action de ce médicament comprend donc le goître et certaines affections glandulaires carcinomateuses ou scrofuleuses ; il est utile également dans le lupus et la cataracte.

J'ai quelque expérience de *lapis albus* dont j'ai fait grand usage depuis 1876. Vers cette époque un membre de ma famille était atteint d'un engorgement d'un ganglion cervical. Sous l'influence de *lapis albus* 6e, la tuméfaction

disparut rapidement et complètement. Une particularité remarquable, c'est l'augmentation considérable de l'appétit que le malade éprouva pendant toute la durée de ce traitement. Depuis lors j'ai prescrit souvent *lapis albus* dans les engorgements scrofuleux des glandes cervicales, et j'ai observé que ce remède était surtout efficace, lorsque les glandes engorgées présentaient une certaine souplesse et une certaine élasticité ; lorsqu'elles sont dures comme la pierre, elles sont plutôt justiciables de *calcar. fluor.*, *cistus* ou *carbo animalis*.

D'après le Dr Martin Deschere, *lapis albus* aurait une action plus marquée sur le tissu conjonctif aux environs de la glande que sur le tissu glandulaire lui-même. Il cite deux cas à l'appui de cette thèse.

Un cas remarquable que je tiens à citer, c'est celui d'une jeune fille de 20 ans, blonde, à peau fine, qui présentait un engorgement ganglionnaire du volume d'un petit œuf dans la région sus-claviculaire droite et une tumeur plus petite, un peu plus en arrière, entre le muscle sterno-cleido-mastoïdien et le trapèze. Ces tumeurs avaient un certain degré de dureté, mais elles étaient mobiles sous le doigt. Le côté droit seul était affecté. Comme cette jeune fille était sur le point de se marier, elle désirait vivement être débarrassée de ces tumeurs et vint me consulter à cet effet.

Je prescrivis *lapis albus* 6e, une poudre 4 fois par jour. Après une semaine de ce traitement, les glandes avaient diminué notablement de volume, et, après la troisième semaine, elles avaient complètement disparu. Pendant qu'elle était sous l'influence de ce remède, elle eut un appétit féroce, ce qui, chez elle, était chose tout à fait extraordinaire ; la couleur anémique du visage s'améliora

considérablement, et toute la constitution subit une transformation heureuse.

L'effet le plus remarquable que j'aie obtenu de ce remède fut dans un cas de goitre chez une dame blonde, de 35 ans. La glande thyroïde s'était développée progressivement depuis environ un an et avait acquis le volume d'un poing. Les deux lobes de la glande présentaient à peu près les mêmes dimensions. La malade avait pris plusieurs médicaments homœopathiques, tels que *spongia*, *iodium* et *thuya*, mais sans résultat. Je lui prescrivis une dose de *lapis albus* 6ᵉ, toutes les trois heures. A partir de ce moment, la tumeur commença à diminuer graduellement de volume jusqu'à disparition complète. Cette cure date de cinq ans et jusqu'ici il n'y a pas eu la moindre récidive.

Dans ce cas, l'appétit n'a pas été influencé par le médicament, cependant il est resté satisfaisant pendant toute la durée de la médication.

J'ai obtenu le même succès dans un autre cas d'engorgement des ganglions cervicaux du côté gauche chez un maître d'école. Cet homme paraissait jouir d'une excellente santé et il n'existait aucune indication pour d'autres remèdes. Sous l'influence de *lapis albus*, ces glandes, qui avaient la grosseur d'un œuf de pigeon, commencèrent à se désagréger et auraient disparu complétement si le malade avait eu la patience de continuer son traitement.

Dans les cas semblables à ceux que je viens de décrire, *lapis albus* doit être administré à doses répétées, et je crois même que, dans certains cas chroniques, il est nécessaire de les répéter plus souvent que dans les cas aigus. *Lapis albus* peut être un remède ayant une action profonde sur l'économie, comme ses congénères *silicea* ou *calcar. fluor.*;

mais il ne semble pas agir à une dilution supérieure à la 6^{e}, et l'effet d'une seule dose ne persiste pas longtemps.

Lapis albus est utile également dans les adénites chroniques des enfants scrofuleux. Il m'a réussi après que les préparations de *calcarea* avaient échoué.

Grauvogl rapporte la guérison par ce médicament d'un cas de carcinome de la joue et de cinq cas de cancer de l'utérus.

Lapis albus paraît être indiqué dans l'anémie et la chlorose ; j'ai constaté souvent une amélioration de ces états morbides lorsque j'administrais ce remède dans les engorgements des glandes. Il rend encore de précieux services dans l'engorgement des ganglions mésentériques.

Le Dr Soenens rapporte un cas de diarrhée avec engorgement des ganglions mésentériques qu'il a guéri par *lapis albus* 3^{e}.

Lapis albus a été préconisé en outre dans la dysménorrhée. Le Dr Witing, de Danvers, l'emploie avec avantage chez les sujets lymphatiques lorsque la menstruation est précédée de douleurs et d'engorgements ganglionnaires, et aussi dans le gonflement douloureux des seins, qui accompagne parfois la dysménorrhée. Enfin *lapis albus* a été recommandé comme remède de la cataracte. (*Hahnemannian Monthly. Revue Homœopathique belge*, avril 1897.)

LOCALISATIONS DE LA MORPHINE DANS L'ORGANISME

MM. Autheaume et Mouneyrat ont eu l'occasion de rechercher les localisations de la morphine chez un malade mort à Sainte-Anne.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, atteint depuis huit ans de morphinisme thérapeutique. Quatre ans après le début

de l'intoxication, ce malade était arrivé progressivement à prendre chaque jour, en injections sous-cutanées, la dose considérable de *quatre* grammes de morphine et de *trois* grammes de cocaïne.

A son entrée à l'asile, il avait renoncé totalement, depuis deux ans, à l'usage de la cocaïne, mais il prenait encore quotidiennement 2 grammes de morphine et présentait les symptômes habituels du morphinisme chronique.

La privation progressive de morphine put être pratiquée de suite, sans incident notable, par la méthode demi-lente; au bout d'un mois on cessa toute injection de morphine. Cette suppression parut d'abord bien supportée; mais quatorze jours après, sans que rien pût le faire prévoir, le malade mourait subitement. C'est dans ces conditions qu'ils ont recherché la morphine dans le cerveau, le foie et les reins.

De l'ensemble de leurs recherches, ils se croient autorisés à conclure à la présence de la morphine ou de l'un de ses dérivés immédiats dans les organes qu'ils ont examinés : cerveau, foie, reins.

Il résulte de ces observations que, quatorze jours après toute injection de morphine, on peut retrouver cet alcaloïde chez un morphinique ancien, soumis à la démorphinisation progressive. Ils ajoutent enfin que, d'après l'*intensité* des réactions, c'est surtout du foie qu'ils ont retiré de la morphine; ensuite, en moindre proportion, du cerveau et des reins. (*France médicale*, 2 juillet 1897.)

UN CAS DE TÉTANOS TRAITÉ PAR LE SÉRUM ANTITÉTANIQUE ; GUÉRISON.

M. Boinet (de Marseille) envoie l'observation d'un

tétanique traité avec succès par des injections de sérum antitétanique.

Il s'agit d'un homme de 49 ans, occupé au déchargement de sacs de sucre qui avaient été souillés par de la terre au port d'embarquement de la Réunion, vingt-quatre jours auparavant : huit jours plus tard, il fut pris de trismus. L'auteur suppose que le bacille tétanique a pénétré non seulement par des écorchures, mais encore par les voies respiratoires.

Les jours suivants, la contracture gagna les muscles du cou, de la nuque, du dos, des lombes et des membres inférieurs; les membres supérieurs furent respectés. C'est huit jours seulement après le début des accidents que fut commencé le traitement par le sérum antitétanique : la première injection fut pratiquée le 22 octobre, la dernière le 3 novembre. On en fit dix, chacune de 10 centimètres cube. Le malade a guéri. (*Semaine médicale*, 17 novembre.)

TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHÉE.

Les principaux médicaments de la dysménorrhée sont :

Aconit et *bellad.* — Ils sont indiqués dans les cas de dysménorrhée congestive. Leurs symptômes sont assez connus et il n'est pas nécessaire de les décrire ici.

Apis mel. est utile lorsque les ovaires sont malades ; une pression profonde y détermine de vives douleurs ; il existe en outre des envies fréquentes d'uriner, mais l'urine ne sort que goutte à goutte, et la miction est très douloureuse.

Calcar. phosph. est un des meilleurs remèdes de la dysménorrhée. Ses indications sont : douleurs pulsatives,

lancinantes, tiraillement dans les parties génitales s'étendant de la symphyse du pubis vers les cuisses; aggravation par le froid, l'humidité et en pensant au mal; amélioration par les occupations. Kent le considère comme le médicament spécifique de la dysménorrhée, lorsque cette affection a été provoquée, même plusieurs années auparavant, par le refroidissement des pieds pendant la menstruation.

Chamomilla. — Violentes contractions utérines, déchirement dans les membres inférieurs, écoulements d'un sang noir et coagulé. Les symptômes mentaux de ce médicament sont très caractéristiques. Il est recommandé dans la dysménorrhée membraneuse.

Cimicifuga. — Dysménorrhée spasmodique, coliques menstruelles, pesanteur et contraction dans l'abdomen; douleurs spasmodiques dans les aines et les ligaments larges. Il est indiqué chez les femmes sujettes au rhumatisme; le rhumatisme siège surtout dans les muscles, tandis que dans *caulophyllum*, son *alter ego*, le rhumatisme siège dans les petites articulations.

Lilium tigr. — L'écoulement se produit quand la malade se met en mouvement et cesse lorsqu'elle est couchée. Douleurs névralgiques dans l'utérus; douleurs dans les ovaires s'étendant à la face interne des cuisses. Il y a une sensation comme si l'abdomen avait besoin d'être soutenu.

Pulsatille. — Les douleurs sont si vives que le malade s'agite en tous sens et pousse des cris. Les douleurs sont fugitives et changent souvent de place. Le sang est épais et noir, ou pâle et aqueux; l'écoulement se produit par intermittence. Les symptômes s'aggravent dans une

chambre chaude. Les hautes dilutions donnent souvent des résultats remarquables.

Viburnum. — Leucorrhée jaune, blanchâtre ou incolore, excepté lorsqu'elle se produit en même temps que les selles; elle est alors épaisse, blanche et striée de sang. Les menstrues sont peu abondantes et pâles. Tendance à la syncope en se levant ; sentiment de congestion dans les organes pelviens.

Dans le choix du remède, il ne faut pas considérer seulement les manifestations utérines, mais l'ensemble des symptômes. Aussi beaucoup d'autres remèdes peuvent trouver leur indication. D'autre part, comme le but principal est de guérir, il est nécessaire de continuer le médicament mais à une dilution plus haute, dans l'intervalle des périodes menstruelles. (*Pacific Coast journal of homœopathy.*)

BIBLIOGRAPHIE

Isopathie. Méthode Pasteur par voie interne,
Par le D^r T.-J.-M. Collet.

Ce livre, attendu depuis plusieurs années par les amis du D^r Collet, aurait dû paraître avant les découvertes si remarquables de Pasteur. Malheureusement l'auteur n'a pu le publier en temps voulu, de sorte qu'il paraît au premier abord, inspiré par la nouvelle méthode, alors qu'il lui est de beaucoup antérieur. Quoiqu'il en soit, sa lecture reste aussi intéressante et profitable aujourd'hui qu'il y a dix ans.

Dans la première partie de l'ouvrage, l'auteur aborde les principes de médecine générale, étudiant la vie et son principe dans l'échelle des êtres. Après avoir défini un *motus ab intrinseco*, c'est-à-dire un mouvement intérieur et spontané, suivant la tradition scolastique, il recherche les lois de l'organisation chez les êtres vivants, et de là découle la recherche du bien, du mal, de la santé, de la force, de la mort. Cette recherche aboutit à considérer le bien-être dans un organisme comme étant un état instable; de là à l'étude de la maladie il n'y a qu'une transition assez facilement franchie. Il nous permettra de ne pas souscrire à la définition qu'il en donne, à laquelle nous préférons celle de notre école : *La maladie est un état contre nature du composé vivant caractérisé par un trouble des fonctions et une lésion des organes.*

Dans la deuxième partie du livre, le D^r Collet étudie la loi médicale et ses formules. Comment chasser la maladie? Par la force de réaction suffisante. En cela, il est hippocratiste.

Quelles sont les diverses conditions pour la guérison ?

1° Il faut des éléments médicamenteux semblables aux éléments morbides ;

2° Il faut que les éléments médicamenteux semblables soient employés à petite dose ;

3° Il faut qu'il y ait des parties encore saines dans l'organisme malade.

Les effets qui découlent de ces conditions pour la guérison, se résument en trois aphorismes :

1° Les vertus réactives adjuvantes ne sont pas produites par les parties malades, mais par les parties saines ;

2° Il y a réversibilité véritable des vertus réactives des parties saines sur les parties malades ;

3° Les parties malades produisent leur réaction suffisante pour chasser l'agent morbide par l'assistance des vertus réactives des parties saines.

L'auteur alors passe aux diverses formules de la loi de guérison et à l'examen des diverses méthodes médicales qui en découlent. Il en trouve trois : 1° l'allopathie ; 2° l'homœopathie ; 3° l'isopathie.

D'après lui l'allopathie emploie comme remède, quelquefois l'analogue rapproché, plus souvent l'analogue éloigné, d'où la guérison moins souvent certaine chez elle que chez l'homœopathie, qui emploie plus souvent l'analogue rapproché.

L'homœopathie, tout en employant ordinairement l'analogue rapproché, n'obtient pas aussi souvent une guérison certaine que l'isopathie avec l'identique.

Toute cette partie consacrée à l'exposition de la méthode et à sa comparaison avec les autres procédés, est traitée avec un grand esprit philosophique et une connaissance approfondie des théories médicales. Pourtant elle inté-

ressera moins le praticien que la deuxième partie du volume ou l'auteur explique la manière de se servir de l'isopathie.

Il considère trois sortes d'isopathie :

A. L'isopathie pure ;

B. L'isopathie organique ;

C. L'isopathie sérothérapique.

L'isopathie pure prend les produits de sécrétion d'un être malade (salive, sang, urine), comme agents médicamenteux pour guérir la même maladie. C'est celle que l'auteur préconise et dont il donne un grand nombre d'observations à la fin de son livre.

L'isopathie organique ou opothérapie, fait absorber aux malades atteints d'affections organiques, le suc des mêmes organes sains pris chez les animaux.

L'isopathie sérothérapique ou sérothérapie, emploie le sérum du sang des animaux auxquels on a communiqué une maladie particulière pour guérir la même maladie chez les hommes en qui ce sérum est introduit.

L'auteur étudie consciencieusement ces trois modes, mais celui qu'il a employé, celui qui lui a donné les nombreux et brillants résultats consignés à la fin de son ouvrage, c'est celui qui consiste à prendre les produits de sécrétion du malade (salive, urine, pus), à les diluer et à les administrer aux malades, suivant les règles de la posologie hahnemannienne.

Ce n'est pas un résumé de l'ouvrage, c'est une simple vue à vol d'oiseau que nous avons donné à nos lecteurs dans ces quelques lignes. Un ouvrage comme celui-là : serré, condensé, nourri de faits, ne peut se résumer facilement. Il faut le lire avec attention, et sa lecture est profitable à tous égards, et ne peut qu'encourager à

reprendre les expériences de l'auteur. C'est par une expérimentation consciencieusement poursuivie, qu'on pourra fixer les indications de l'isopathie et les résultats qu'elle est appelée à nous donner, comme elle en a donné entre les mains du docteur et savant dominicain le R.-P. Collet.

Dr J.-P. Tessier.

VARIÉTÉS

HOPITAL SAINT-LUC

Desservi par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul

Lyon, quai Claude-Bernard.

CLINIQUE ET DISPENSAIRE HOMŒOPATHIQUES

Extrait du Compte-rendu sommaire au 31 *décembre* 1897 (*vingt-deuxième année*).

Le nombre des malades traités du 1er janvier au 31 décembre 1897 s'est notablement augmenté; il s'est élevé à 252, dépassant de 54 celui de l'an dernier :

Hommes.	116	252
Femmes.	136	

Nombre de journées de malades, 7.159, soit 2.250 de plus que l'an dernier.

Moyenne de séjour des malades... 28 jours.

Nombre de malades guéris.	101
— très améliorés. .	71
— stationnaires. . .	39
— décédés.	15
— en traitement au 31 décembre 1897.	26
	252

Le nombre des consultations s'est élevé à 21.264, soit 537 de plus que l'an dernier.

La moyenne des consultations, par jour, a été environ de 68. Il y a eu, en 1897, 468 séances de dispensaire. Certains jours de la semaine ont deux séances, le matin et le soir. Il y a eu, en moyenne, 47 consultants par séance. — Il vient des consultants, non seulement de Lyon et de la banlieue, mais aussi des départements voisins. Les malades de la campagne ne sont pas les derniers à vouloir profiter d'une médication qui joint à son efficacité les avantages du bon marché et de la simplicité dans l'emploi des remèdes. A certains jours, on pourrait voir notre pharmacie entourée de clients venus ensemble par le chemin de fer, et pressés de reprendre le train. Il faut alors se multiplier pour répondre à leur impatience. Nos sœurs, déjà surchargées, ne reculent devant aucune fatigue. Mais les administrateurs de Saint-Luc ne ressentent que plus vivement la nécessité de voir augmenter leur nombre.

En résumé, l'année 1897 a vu s'accroître notablement le nombre de nos consultants aussi bien que celui des malades hospitalisés.

Son Éminence le Cardinal Archevêque de Lyon a bien voulu nous donner une marque de sa haute bienveillance. Elle est venue, sans se faire annoncer, à l'hôpital Saint-Luc, le 22 décembre 1897, et a visité avec intérêt la chapelle, la communauté, les salles des malades, auxquels elle a prodigué les marques de sa paternelle bonté. Son Éminence s'est informée du fonctionnement de nos services, de nos dispensaires, et a adressé à nos sœurs, éprouvées par un surcroît de travail, et dont nous désirons ardemment voir augmenter le nombre, les plus pré-

cieux encouragements. Cette visite a été l'heureux couronnement de l'année 1897, si féconde en résultats pour nous. Nous la regardons aussi comme un heureux présage pour l'avenir.

ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN.

La Société des médecins homœopathes russes, à Saint-Pétersbourg.	2.000	francs.
M. le Dr Cartier, de Paris.	100	—
M. le Dr Beck, de Monthey-en-Valais (Suisse)	20	—
Le frère Eucaire, le Péage-du-Roussillon (Isère).	7	—
M. A. Mignon.	25	—
Mme Vve Malapert du Peux, de Lille. . .	50	—
M. le Dr Malapert du Peux, de Lille. . .	50	—
M. le Dr Partenay, de Paris	50	—
M. le Dr Teste, de Paris.	100	—
M. le Dr Robillard, de Paris.	10	—
M. le Dr Michel Béchet, d'Avignon. . . .	20	—
M. le Dr Robert Chancerel, de Paris. . .	50	—
M. le Dr Popleton, de Luzarches.	5	—
M. le Dr Gustave Badiole, de Bordeaux. .	10	—
	2.497	
Listes précédentes. . .	1.402	
Total.	3.899	

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

AVRIL 1898

HOPITAL SAINT-JACQUES

FONDÉ PAR LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES BIENFAITEURS

le 27 *mars* 1898.

Le Dr P. JOUSSET, président de la commission administrative, ouvre la séance par l'allocution suivante :

Mesdames, Messieurs,

On dit généralement que les vieillards aiment à parler de leur jeunesse ; c'est sans doute un sentiment semblable qui me porte à vous rappeler nos premières réunions au premier hôpital Saint-Jacques en 1872. Nous occupions à ce moment l'ancien hôtel La Vallière, bâtiment délabré et qui même, je me le rappelle, laissait, les jours d'orage, filtrer l'eau à travers sa toiture. Nos ressources pécuniaires fort bornées à ce moment nous permettaient d'entretenir à grand'peine une vingtaine de malades. Que de progrès depuis lors ! Des bâtiments neufs construits spécialement pour le service hospitalier, environnés de cours spacieuses et plantées d'arbres, et contenant près de 60 lits remplacent

notre pauvre hôtel de la rue Saint-Jacques. Si j'ajoute que, grâce à votre générosité, notre situation de locataire besogneux s'est transformée en celle de propriétaire, j'aurai complété l'histoire des vingt-six années écoulées depuis la fondation de l'hôpital Saint-Jacques.

C'est bien véritablement votre œuvre, Mesdames et Messieurs, et ce sont vos généreuses aumônes qui nous ont permis de l'amener à ce point. Mais je serais ingrat si je ne rappelais ces ouvriers de la première heure disparus aujourd'hui : Milcent, Frédault, Molin, Love, Champeaux, Catelan, qui prodiguèrent leur temps aux soins des malades et à l'administration, et notre cher ami Cretin mort, lui aussi, qui par son activité et sa persévérance a contribué plus qu'aucun de nous à la création et au développement de l'hôpital Saint-Jacques.

Que vous dirai-je maintenant? C'est que le succès qui a couronné tous vos efforts doit être une raison déterminante pour les continuer. Vous ne voudrez pas laisser votre œuvre inachevée et vous nous aiderez à la terminer.

Je donne la parole au Dr Tessier pour le rapport médical. Le Dr Marc Jousset vous fera ensuite l'exposé de la situation financière.

M. le Dr Tessier :

Mesdames, Messieurs,

Chargé par la Commission administrative de l'hôpital Saint-Jacques de vous présenter le compte rendu annuel de notre œuvre, je vous demanderai la permission de me reporter tout d'abord à l'année dernière et d'évoquer les douloureux et touchants souvenirs qui nous en sont restés.

Vous vous rappelez que notre vente était annoncée au Bazar de la Charité, et que tout nous faisait espérer que le

résultat en serait très satisfaisant. Nos Dames patronnesses avaient fait appel à votre inépuisable générosité pour soutenir l'hôpital Saint-Jacques et subvenir aux frais considérables que nécessite une œuvre d'hospitalisation. Elles s'apprêtaient à recevoir vos offrandes, lorsque arriva le terrible accident dont nous garderons toujours le douloureux souvenir. Parmi les victimes de l'incendie, deux nous touchaient de bien près. On comptait, en effet, parmi les morts notre bon confrère le Dr Rochet, et la fille du Dr Léon Simon dans toute la grâce et le charme de ses vingt ans. L'un et l'autre nous ont laissé des regrets que le temps ne saurait effacer, et leurs familles savent combien nous nous sommes tous associés à leur deuil et à leurs regrets.

Pendant l'année 1897, nous avons reçu 303 malades qui, ajoutés aux 35 malades présents le 1er janvier, donnent un total de 338 hospitalisés. Sur ce nombre, il y a eu 42 décès, soit à peu près 12 p. 100. De prime abord, cette moyenne n'est pas très brillante, mais si l'on veut examiner quelles sont les maladies qui ont déterminé la plus grande mortalité, on verra qu'il y a eu 12 décès par cancer et 14 par phthisie pulmonaire. Or, ces deux maladies sont incurables et ne devraient presque pas figurer dans notre statistique. Le règlement de l'hôpital dit qu'on ne doit traiter que des malades atteints d'affections aiguës. Mais, à côté du règlement, il y a la charité et la compassion qui nous empêchent de refuser l'entrée de nos salles à de pauvres phthisiques et cancéreux, rebutés de partout, et qui viennent solliciter un lit pour finir leur triste et misérable existence. Personne ne saurait nous faire un reproche de les admettre et, dût notre liste mortuaire être encore plus considérable, nous considérerons toujours

comme un devoir d'accueillir les pauvres moribonds dont nous pouvons adoucir les derniers jours et auxquels nous donnons la suprême consolation de mourir entourés des soins dévoués de nos excellentes religieuses, dont nous apprécions si vivement le dévouement et la charité. Nous avons pu donner aussi 8.888 consultations gratuites, c'est un chiffre un peu inférieur à celui des années précédentes ; nous espérons qu'il va se relever et que l'année 1898 en verra le nombre sensiblement accru.

Vous comprenez, Mesdames, Messieurs, qu'on ne peut faire vivre près de 400 malades, une communauté, un personnel, sans dépenser beaucoup d'argent. Nous ne craignons donc pas de vous demander un généreux effort, bien certains que notre appel ne sera pas méconnu. Les souscriptions peuvent être adressées aux dames patronnesses, aux médecins de l'hôpital Saint-Jacques ou à la Supérieure des sœurs de l'hôpital.

Le D^r Marc Jousset, lit le rapport financier pour l'année 1897.

Avoir :

En caisse le 1^er janvier.	11.777,55
Rentes (titres en portefeuille).	6.467,95
— (titres chez le notaire)	5.692,20
Bénéfices du compte courant (Crédit Lyonnais).	31,75
Souscriptions et dons.	15.943,80
Produits de l'hôpital (chambres payantes, dons des malades et de leurs bienfaiteurs).	24.150,25
	64.063,50

Dépenses :

Nourriture.	16.447,50
Vin (entrée et port).	932,00
Vin (1896 et 1897).	2.140,95
Cognac et Rhum.	100,00
Eclairage.	1.744,00
Eau.	398,20
Blanchissage.	1.870,00
Divers (literie, porcel., etc.).	1.250,15
Lingerie.	500.00
Contributions.	1.823,80
Charbons.	4.719,80
Assurances	86,65
Honoraires de l'architecte.	111,75
Mémoires : Lepautre, horloger	40,00
— Collin.	171,45
— Mathieu.	294,95
— Giffaut, plombier.	462,00
— Bombois, menuisier.	295,00
— Dubrugeaud, maçon.	214,95
— Gilon, serrurier.	460,00
— Opticien.	50,00
Intérêts dus sur le terrain.	3.000,00
Divers (impression des carnets de consultations, compte rendu, etc.). . . .	286,15
Frais du Crédit Lyonnais.	25,00
— du notaire.	256,55
Traitement des internes.	1.175,00
— de l'aumônier.	750,00
— des sœurs.	1.700,00
— du concierge.	1.800,00
A reporter. . .	43.165,85

Report. . .	43.105,85
Domestiques, gardes de nuit	1.860,00
Achats 20 obligations des chemins de fer économiques.	9,593,15
	54.559,00

Balance :

Avoir.	64.063,50
Dépenses.	54.559,00
Reste au 1er janvier 1898.	9.504,50

Si nous retranchons du chiffre des dépenses 9.593 fr. 15, qui ont été placés en obligations de chemins de fer garantis par l'Etat, nous avons dépensé en 1897 44.966 francs, chiffre un peu inférieur à celui de 1896.

Si les dons et souscriptions se sont élevés en 1897 à 15.943 fr. 80, c'est que la souscription du *Figaro* et les dons provenant du baron de Mackau (Bazar de la Charité) nous ont rapporté 13.071 fr. 80 et que notre quête annuelle nous a rapporté plus que les années précédentes. Nos dames patronnesses devaient en effet vendre au Bazar de la Charité; l'affreux malheur dont nous entretenait tout à l'heure mon confrères et ami Tessier a été le point de départ d'un grand élan de générosité publique, qui a permis de suppléer au produit habituel des ventes du Bazar de la Charité.

Je vous convie, en terminant, de nous réserver encore cette année une large part dans vos aumônes; vous voudrez continuer l'œuvre que vous avez si bien soutenue jusqu'ici.

ÉTIOLOGIE

LA CONTAGION, L'HÉRÉDITÉ ET LE MICROBE

Aujourd'hui, la tendance générale est de conclure de l'inoculabilité d'une maladie à sa contagion, et de sa contagion à la négation de son hérédité (1). C'est ce qu'on peut voir dans l'histoire de la tuberculose où la contagion est tout et l'hérédité considérée comme une quantité négligeable, et négligeable à ce point que, dans le Congrès de 1891, Bernheim (de Paris) n'a pas craint de blâmer les médecins qui déconseillent les mariages avec les enfants de phtisiques. Il en est de même pour la lèpre. Aussitôt que Hansen a eu découvert son microbe, on a affirmé la contagion de cette maladie et nié son hérédité. Et cependant ce microbe se cultive difficilement et son inoculabilité est fort douteuse.

Nous voulons donc examiner ici le rôle du microbe dans la contagion et dans l'hérédité.

Trois maladies nous fourniront des enseignements précieux sur la solution du problème étiologique que nous examinons en ce moment : la syphilis, la lèpre et la tuberculose.

(1) La contagion étant toujours le résultat de la pénétration de l'agent virulent dans l'organisme est à proprement parler une inoculation. Mais la langue médicale a conservé le mot « contagion » pour désigner les modes de pénétration de l'agent pathogène par toute autre voie que l'introduction directe dans les tissus ou les vaisseaux. L'inoculation c'est la contagion par effraction.

I. *Syphilis.* — Personne n'a encore trouvé le microbe de la syphilis et il est très possible que ce microbe n'existe point. Néanmoins la syphilis, se comportant absolument comme une maladie infectieuse, peut nous fournir des enseignements précieux sur la contagion et sur l'hérédité.

La syphilis n'est jamais spontanée. Elle résulte toujours de l'inoculation d'un agent virulent. De plus, la syphilis est certainement héréditaire, — héréditaire à courte échéance, *syphilis congénitale;* — héréditaire à longue échéance, *syphilis héréditaire proprement dite.*

La syphilis est héréditaire par la mère et par le père, avec cette circonstance remarquable qu'un père peut engendrer un enfant syphilitique, la mère restant non seulement indemne mais encore vaccinée contre cette maladie, en sorte qu'elle peut sans danger allaiter son enfant syphilitique. Cette forme d'hérédité a reçu le nom de *loi de Colles* (1).

Tous ces faits sont incontestables et même incontestés, et nous voulons en tirer deux conclusions : la première, c'est que l'agent virulent peut accompagner le spermatozoaire du père, que ce spermatozoaire peut opérer à la fois la fécondation et la contamination de l'ovule ; le second fait, c'est que l'agent virulent n'empêche pas toujours l'ovule, puis l'embryon, de se développer, et que si le plus souvent il manifeste son action nuisible, soit pendant la

(1) Quelques auteurs ont nié l'hérédité de la syphilis par le père par cette raison insensée qu'ils ne comprennent pas ce phénomène. Consultez dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, l'article Syphilis héréditaire, par Diday, et les faits nombreux qu'il apporte à l'appui de l'hérédité par le père.

vie embryonnaire, soit dans la première année de l'enfant (habituellement les trois premiers mois), il est absolument démontré qu'il peut rester à l'état latent pendant dix, quinze, vingt ans et plus (1) pour alors évoluer et faire naître les symptômes et les lésions de la syphilis héréditaire.

Le passage de l'agent virulent du père à l'enfant, son existence à l'état latent pendant des années, constituent deux faits tout à fait inexplicables, mais que nous sommes obligé d'admettre parce que la démonstration clinique en est irréfutable.

II. *Lèpre.* — Nous l'avons dit : On a trouvé le bacille de la lèpre et on en a conclu très légèrement que la lèpre était contagieuse et non pas héréditaire. Ajoutons cependant, que cette conclusion exagérée n'est point acceptée par la généralité des médecins qui se sont occupés de cette maladie, et que, pour eux, la lèpre est à la fois contagieuse et héréditaire.

Il paraît démontré qu'autrefois la lèpre était contagieuse et qu'elle l'est encore dans certains pays ; mais nous pouvons affirmer que dans notre temps et notre pays la lèpre n'est pas contagieuse. Le docteur Zambaco-Pacha, qui vit au milieu des lépreux à Constantinople et qui est venu étudier cette maladie en France et dans le reste de l'Europe, s'exprime ainsi sur la contagion de la lèpre : « Depuis près de vingt-cinq ans que j'ai en observation et que je suis tacitement toutes les personnes qui ont cohabité ou commercé avec des lépreux, à n'importe quel

(1) Consulter le mémoire de Fournier sur les syphilis héréditaires tardives.

titre, conjugal même, ma conviction scientifique s'est tellement faite pour la localité où j'exerce (Constantinople), n'ayant jamais observé un seul cas de contagiosité, bien que je la recherche toujours, que je n'hésite plus d'affirmer, au besoin par des certificats, que je n'ai jamais constaté la transmissibilité de la lèpre par contact. » (Préface, page 12, *La Lèpre*, par Zambaco-Pacha.)

Le livre de Zambaco-Pacha contient un grand nombre d'observations détaillées, relatant le mariage d'un lépreux avec une femme indemne, ou d'une lépreuse avec un homme indemne sans que jamais la contagion soit passée d'un conjoint à l'autre, quoique des enfants lépreux soient souvent nés de ces unions.

Ici à Paris nous avons eu l'occasion d'observer, à l'hôpital Saint-Jacques, un certain nombre de lépreux et nous n'avons jamais observé de contagion chez les personnes qui pansaient leurs ulcères.

L'histoire des familles dans lesquelles on rencontre, soit des lépreux complets, soit des malades présentant la lèpre frustre, familles qu'on rencontre surtout en Bretagne et dans les Pyrénées, constitue une preuve de l'hérédité et de la non contagion de la lèpre. En effet, cette maladie se transmet dans les mêmes familles, sans que jamais on ait observé un cas de contagion soit chez les personnes journellement en contact avec ces familles, soit même chez celles qui ont contracté mariage avec elles.

Si donc la contagion n'existe plus dans nos pays, l'hérédité existe toujours, comme nous l'avons démontré.

L'hérédité de la lèpre suit les mêmes lois que l'hérédité de la syphilis; elle est congénitale, c'est-à-dire qu'elle se déclare dans la première année de la naissance ou héréditaire à longue échéance.

Elle est héréditaire par le père et par la mère, et, comme dans la syphilis, un père lépreux peut donner naissance à un enfant lépreux, la mère restant indemne.

Ce mode de transmission de la lèpre n'est ni une rareté, ni une exception. Le livre de Zambaco-Pacha renferme de nombreuses observations de père lépreux procréant avec une femme saine, tantôt des enfants sains, tantôt des enfants lépreux, la mère restant indemne.

De même une femme lépreuse mariée avec un homme sain, peut avoir des enfants atteints de la lèpre, d'autres en étant exempts, le mari restant indemne.

Mais si la syphilis se transmet héréditairement, cette transmission s'opère sans microbe, tandis que dans la lèpre la transmission de la maladie se fait, d'après les auteurs, par le bacille de Hansen.

La transmission de la lèpre à l'enfant par un père lépreux et au moyen du bacille propre à la lèpre, est un fait éminemment suggestif comme on dit aujourd'hui.

En effet, s'il est incontestable que la lèpre se transmet du père à l'enfant, la femme étant indemne, si le bacille de Hansen est l'instrument nécessaire de la transmission de la lèpre, il faut admettre qu'un bacille peut pénétrer le spermatozoaire, que ce spermatozoaire ainsi inoculé peut encore féconder l'ovule et transmettre le bacille qui développera la maladie soit à la naissance, soit plusieurs années après.

Ainsi, pénétration du spermatozoaire par le bacille, fécondation de l'ovule par le spermatozoaire contaminé, développement du bacille avec l'ovule, l'embryon et le fœtus, puis plus tôt ou plus tard développement de la lèpre.

Si ces faits et les déductions qui en découlent rigoureu-

sement sont incontestables, à quel titre viendra-t-on mettre en doute les mêmes faits quand il s'agit de la tuberculose.

III. *Tuberculose.* — Nous ne voulons pas reprendre ici la question que nous avons si souvent traitée de la contagion et de l'hérédité de la tuberculose. Nous retiendrons seulement le problème de l'hérédité de la tuberculose par le père, la mère restant indemne.

Il est facile de saisir l'analogie qui relie au moins en ce point la syphilis, la lèpre et la tuberculose.

La transmission de la tuberculose d'un père tuberculeux à son enfant, la mère restant complètement indemne, est un fait incontestable de l'histoire de la tuberculose héréditaire et rappelle la loi de Colles pour la syphilis.

Landouzy a défendu cette opinion au Congrès de 1888 et, à la page 483 du compte rendu de ce Congrès, il rapporte une observation absolument concluante.

Straus, dans son beau livre sur la tuberculose, s'exprime ainsi à la page 557 : « Parmi les faits cliniques empruntés à la tuberculose humaine, les exemples sont nombreux qui semblent établir l'hérédité de la maladie par le fait du père seul, la mère étant saine au moment de la grossesse et le demeurant ultérieurement. »

Les vétérinaires rapportent de nombreux exemples de transmission de la tuberculose au veau par le taureau malade, la vache étant et demeurant saine. (Straus, même page.)

Ces faits s'éclairent de la lumière projetée sur l'étiologie par l'histoire de la syphilis et de la lèpre. Ce sont des faits de même ordre, les uns ne sont pas plus contestables que les autres et il faut tout l'aveuglement né de l'esprit de

système pour hésiter à en déduire les conclusions logiques.

Il nous faudra donc, à raison même de la force de ces préjugés, faire pour l'hérédité de la tuberculose par le père une démonstration complète et répondre à toutes les objections.

La première question qui se pose, c'est à savoir si le sperme des tuberculeux, en faisant abstraction des sujets atteints de tuberculose génitale, contient le bacille de Koch.

Landouzy et Martin, Rohlf, Jani et quelques autres ont affirmé la présence du bacille de Koch dans le sperme d'animaux tuberculeux sans lésion de la sphère génitale. On a objecté à ces auteurs qu'ils ne s'étaient pas entouré de toutes les précautions nécessaires et qu'ils n'avaient point agi sur du sperme bactériologiquement pur.

On n'a pu faire ces objections aux expériences de Gartner qui s'est procuré du sperme de cobayes tuberculeux en provoquant l'éjaculation chez ces animaux. Sur 32 cobayes inoculés avec ce sperme, 5 périrent tuberculeux.

Le premier point du problème est donc acquis. Le sperme d'animaux tuberculeux peut contenir le bacille de Koch, en l'absence de lésions de la sphère génitale ; l'hérédité tuberculeuse par le père est donc possible.

La seconde objection repose sur l'opinion qui enseigne que pendant la vie fœtale et pendant les premiers mois de l'existence on ne rencontre qu'un petit nombre de tuberculose, cette opinion est aujourd'hui combattue par les faits.

Comment, disent les médecins adversaires de l'hérédité par le père, comment comparez-vous les faits de syphilis congénitale avec ce qui se passe dans la tuberculose héréditaire. La syphilis frappe le fœtus dans le sein de sa mère

et elle sévit habituellement dans les trois premiers mois de la naissance, tandis que la tuberculose se rencontre rarement chez le fœtus pendant les premiers mois de la vie extra-utérine.

Sans doute, les lois qui régissent l'étiologie de la syphilis ne sont point absolument identiques à celles qui régissent l'hérédité de la tuberculose ; et il devait en être ainsi, puisque les deux maladies sont d'espèce différente. Mais si les lois de l'hérédité ne sont point identiques, leur analogie est beaucoup plus grande qu'on veut bien le dire et les travaux les plus récents ont encore augmenté les ressemblances. Ainsi, s'il est vrai que la tuberculose est rare dans les premiers mois de la vie, elle devient rapidement très fréquente et, d'après les chiffres de Hutinel et de Landouzy, le tiers des enfants qui succombent au-dessous de 2 ans, présente des lésions tuberculeuses; chiffre énorme et qui n'a rien à envier à la syphilis.

Si donc il est acquis que le bacille de Koch peut se rencontrer dans le sperme (Gartner) ; si de plus il est démontré que la tuberculose congénitale est extrêmement fréquente, il ne reste plus qu'une objection à la doctrine de la transmission de la tuberculose par le père ; c'est le long sommeil du bacille de Koch dans l'économie pour les cas de tuberculose tardive. Aussi, nous voulons en terminant cette étude rechercher comment le bacille de la tuberculose peut, après avoir été transmis du père à l'enfant, demeurer à l'état latent pendant des années. Nous nous proposons en un mot de démontrer que la théorie du *microbisme latent* de Verneuil peut s'appliquer à la tuberculose.

Les travaux de bactériologie et les faits cliniques nous permettent d'établir que, comme le principe virulent de

la syphilis, le bacille de Koch peut séjourner à l'état latent dans l'organisme *pendant des années*, tout en conservant sa virulence et entrer en action lorsque les causes externes viennent s'ajouter à la prédisposition et déterminer le début de la maladie.

Deux ordres de fait nous permettront d'établir ce mode de production de la tuberculose.

C'est d'abord un état granuleux du bacille comparable aux spores des autres microbes et qui permet au bacille de Koch de vivre indéfiniment à l'état latent. C'est ensuite l'histoire des *adénites tuberculeuses*.

La question des spores, du bacille de Koch est encore à l'étude ; les vacuoles claires au nombre de 2 ou 3, que présente souvent le bacille de Koch et que cet auteur prenait pour des spores, sont de simples vides; ils ne se colorent point par le Ziehl.

Mais si on examine de vieux foyers caséeux, chez les tuberculeux guéris, au moins en apparence, au lieu du bacille type de Koch on ne trouve guère que des *grains* qui se colorent fortement, qui sont très virulents et peuvent par inoculation reproduire le bacille type; ces grains ont en un mot les apparences et presque toutes les propriétés du *spore* véritable. « Ces faits, dit Strauss, ont la plus haute importance pour l'intelligence de la conservation de la virulence des vieux foyers et pour la tuberculose latente. » (Loc. cit., 617).

Straus ajoute que souvent on observe dans de vieilles cultures, quand le bacille a été coloré, des points arrondis qui non seulement sont beaucoup plus colorés que le bacille, mais résistent bien plus que lui à la décoloration par les acides. A mesure que la culture vieillit, ces points se multiplient, ils se distribuent symétriquement, en

sorte que le bacille prend l'aspect de cocci disposés en chaînette.

Ces points fortement colorés qui deviennent plus nombreux à mesure que les cultures vieillissent, et qui représentent à eux seuls le bacille de Koch dans les vieux foyers caséeux, peuvent persister pendant des années dans ces vieux foyers sans se manifester par aucun symptôme, tout en conservant leur virulence.

Ces faits peuvent, mieux que toutes les hypothèses, faire comprendre l'état latent du bacille pendant des années.

L'histoire des *adénopathies tuberculeuses* nous fournit des renseignements extrêmement importants sur le bacille de Koch. Ce bacille se retrouve dans les ganglions lymphatiques des enfants dans des proportions considérables. D'après la statistique de Volland, ce bacille se trouve dans les ganglions 96 fois sur 100 de 7 à 9 ans, et cette statistique repose sur 2.506 sujets.

D'après Legroux, — tous les enfants de 1 à 20 mois présentent de petits engorgements ganglionnaires au cou ou sur d'autres points (Adénopathies tuberculeuses. Poisson, p. 12 et 13).

Panizzi dit avoir rencontré chez des sujets sains, en apparence, des ganglions qui paraissaient normaux et qui cependant contenaient le bacille de Koch, comme l'ont démontré l'examen microscopique et l'inoculation. (Loc. cit. p. 101.)

Tantôt ce bacille évolue ; il produit la suppuration des ganglions et tout le cortège des symptômes connu sous le nom d'écrouelles ; tantôt au contraire, il reste à l'état latent et peut persister ainsi pendant toute la vie ; manifestant sa présence de temps à autre par des gonfle-

ments indolents, qui augmentent et diminuent alternativement. Cet état latent est un danger perpétuel pour l'organisme ; car, sous des influences diverses, l'activité du microbe peut se réveiller et produire des adénopathies suppurées ou des affections tuberculeuses des os et des viscères.

Que deviennent ces bacilles?

Chez un grand nombre, ils amènent la suppuration dans les premières années de la vie. Habituellement après une suppuration plus ou moins longue, la guérison des ganglions se produit et, quand cette guérison est complète, les enfants prennent tous les attributs d'une santé florissante ; et, résultat qu'il ne faut pas oublier, presque tous restent vaccinés contre la phtisie. Coulon, Gillet, Bergeron, Bouchut, Havart et Marfan enseignent que les écrouelleux deviennent rarement phtisiques. A l'hôpital maritime de Pen-Bron, le Dr Poisson, auquel nous avons emprunté ces renseignements, dit que sur 292 écrouelleux, il n'a observé que deux phtisiques!

Les enfants porteurs d'adénites tuberculeuses qui échappent aux complications de méningite assez fréquentes chez eux, et qui guérissent des désordres locaux produits par la suppuration des ganglions, entrent donc dans la vie adulte dans de bonnes conditions.

Chez les enfants dont les adénites ne suppurent point les ganglions diminuent de grosseur à mesure que la santé se fortifie ; ils s'effacent plus ou moins, mais ils ne reviennent jamais *ad integrum* ; et ainsi la plus grande partie de la population porte dans les ganglions, à l'état complètement latent, le bacille de Koch.

Qu'est-il besoin de s'ingénier à trouver les sources de contagion de la phtisie quand la plupart d'entre nous por-

tent en eux-mêmes le bacille de Koch et pourquoi chercher au dehors la cause d'une maladie due à une auto-intoxication?

Je n'oublie pas qu'on a voulu expliquer l'adénopathie tuberculeuse du premier âge par la contagion. Le lait a été incriminé comme la cause habituelle de la pénétration du bacille de Koch, mais les idées ont bien changé depuis quelques années et on peut dire, avec Strauss, que cette source de contagion est loin d'entraîner la conviction. Le lait des femmes phtisiques n'a jamais contenu le bacille de Koch et les vaches dont les mamelles sont tuberculeuses (les seules qui peuvent transmettre le bacille) n'existaient pas à Paris en 1888.

De tout ce qui précède nous croyons pouvoir conclure que le bacille de la tuberculose est transmis par le père ou par la mère; qu'il se localise dans les ganglions lymphatiques et dans la moelle des os; qu'il peut devenir l'instrument d'une manifestation tuberculeuse ou rester latent pendant toute la durée de l'existence.

Cette connaissance des adénopathies tuberculeuses nous permet de comprendre la phtisie sautant une génération ou semblant provenir d'un collatéral.

Soit M. X... écrouelleux; il a deux fils : l'un phtisique, l'autre écrouelleux comme lui. Ce dernier a un fils qui devient phtisique et on dit hérédité collatérale; tandis que c'est simplement le grand'père qui a transmis à son fils l'adénite tuberculeuse d'où est née la phtisie du petit-fils. Et ceci n'est pas un schéma.

M. S... a un fils qui est devenu phtisique. A toutes les questions sur les antécédents, on m'a répondu imperturbablement : il n'y a jamais eu de phtisique dans la famille. Mais la mère porte des cicatrices indéniables d'écrouelles

et elle m'avoue que son père avait les mêmes cicatrices. Il est donc facile de suivre dans cette famille l'hérédité, je ne dirai pas de la phtisie, mais de la tuberculose.

Voici maintenant l'histoire inverse :

H... est mort phtisique à l'âge de 24 ans; sa femme, restée indemne, est morte d'apoplexie vingt-trois ans après. Deux filles sont nées de ce mariage, l'une bien portante, l'autre âgée aujourd'hui de 50 ans, porte depuis son enfance au côté droit du cou un chapelet de ganglions. Ces ganglions sont tantôt douloureux, tantôt indolents ; un seul a suppuré pendant quelques semaines, l'année dernière.

Ici ce n'est pas l'écrouelleux qui a engendré le phtisique, c'est le phtisique qui a engendré l'écrouelleux. Dans les deux cas, c'est l'hérédité de la tuberculose.

Après les preuves cliniques qui établissent l'existence de famille tuberculeuse, comme il y a des familles de lépreux, de goutteux et de névropathes, je constate qu'il existe un ensemble de faits qui établissent la possibilité du passage du bacille de Koch par le père et la mère et son séjour à l'état latent dans l'organisme de l'enfant, d'où je conclus que la phtisie est héréditaire et n'est contagieuse que très exceptionnellement.

D^r P. Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE

Senecio gracilis, par Frédéric Kopp.

Parmi la grande quantité de médicaments qui ont été ajoutés à notre matière médicale pendant ces dernières années, Senecio gracilis n'est pas un des moins importants. Jusqu'à présent les médecins ont employé à peu près indifféremment le Senecio gracilis ou le Senecio aureus, se basant sur les propriétés réciproques qu'ils sont censés avoir. Je désire, dans cet article, traiter de l'action du Senecio gracilis sur l'homme en bonne santé, aussi bien que sur les symptômes des maladies dans lesquelles il s'est montré utile.

Dans les expérimentations ci-dessous, la teinture-mère a été employée à la dose de XX à L gouttes données à de fréquents intervalles chaque jour, pendant une période de trois à quatre semaines.

L'action de Senecio gracilis sur l'esprit a été très marquée pendant les expérimentations : grande dépression alternant avec de l'excitation et de la gaieté. Impossibilité de fixer son attention sur un sujet pendant quelque temps. Etat ressemblant au mal du pays. Dans la soirée, on est découragé, triste et plongé dans la méditation.

Dans la tête, ce médicament produit une sensation de plénitude avec un mal de tête profond et stupéfiant. Vertige avec sensation de pression derrière la tête. Sorte de mal de mer avec étourdissements qui vont de l'occiput au sinciput. Douleurs lancinantes très aiguës au-dessus de

l'œil gauche et dans toute la tempe gauche. Dans le front, douleurs sécantes et quelquefois élancements qui vont de l'extérieur à l'intérieur. Ces symptômes ressemblent beaucoup à ceux des maux de tête de nature catarrhale, aussi est-ce dans ces sortes de maux de tête que Senecio gracilis s'est montré un remède vraiment plein d'utilité. Il agit bien également dans les maux de tête résultant de la suppression d'une sécrétion quelconque.

Les symptômes de la face sont des douleurs aiguës sécantes dans l'angle gauche de la mâchoire inférieure. Il y a aussi des élancements dans tout le côté gauche de la figure. Les douleurs de la face sont constantes, elles s'accompagnent de douleurs de même nature dans les autres parties du corps. Le côté gauche de la figure est le plus gravement affecté. La face est pâle et porte l'empreinte d'une profonde dépression. Ce remède agit bien dans les névralgies, spécialement dans celles du côté droit de la figure.

Les symptômes qui concernent les yeux sont des douleurs lancinantes et très aiguës dans la tempe gauche, dans la partie gauche de la mâchoire inférieure et au-dessus de l'œil gauche; des douleurs lancinantes et très aiguës dans l'œil gauche, gagnant de l'intérieur vers l'extérieur; mêmes douleurs dans le front et les deux yeux. Senecio gracilis a souvent une grande action dans les affections inflammatoires des yeux, plus spécialement dans l'ophtalmie catarrhale résultant de la suppression d'une sécrétion.

Dans les narines, il y a une sensation de plénitude et de brûlure avec élancements. Ces symptômes sont suivis d'un écoulement abondant de mucus qui soulage pour un moment les autres symptômes nasaux. Il y a aussi une

propension continuelle à éternuer et une grande sécheresse des narines. Ce médicament a rendu de grands services dans le coryza, même dans ces cas où le saignement de nez est le principal symptôme.

Pendant les expérimentations, il y avait une grande sécheresse de la gorge, du pharynx et de la bouche ; les gencives et la muqueuse buccale avaient une coloration très pâle. Les dents furent aussi affectées. Elles étaient très sensibles et il y avait une douleur térébrante, même parfois des élancements dans les molaires cariées. Senecio gracilis est utile dans les maux de dents qui s'accompagnent d'une trop grande acidité du suc gastrique

Les symptômes qui concernent l'abdomen et l'estomac consistent en des éructations acides constantes, en gaz, et en nausées le matin en se levant. Points aigus dans les deux hypochondres et douleur de même nature à l'épigastre. Douleurs de coliques et tranchées dans le ventre, soulagées en se courbant en avant. Beaucoup de grondements dans le ventre avec douleurs de tranchées et pincements. Douleur autour de l'ombilic, gagnant ensuite tout l'abdomen et soulagée seulement après une selle. Senecio gracilis est utile dans ces formes d'indigestion où le malade est grandement troublé par l'acidité de l'estomac et la flatulence. C'est le principal remède pour les nausées des femmes enceintes et pour les nausées dépendant d'un déplacement rénal.

L'action du médicament sur les intestins est aussi très marquée. Il produit des selles très claires, aqueuses, entremêlées de cybales très dures, accompagnées elles-mêmes de petites quantités de mucus jaunâtre. Des selles accompagnées de grandes épreintes sont très communes pendant les expérimentations ; elles sont généralement de couleur

foncée. Il y a aussi une diarrhée abondante et assez sérieuse tous les jours le matin; elle s'accompagne d'une très grande prostration et de débilité. Quelques-uns des symptômes les plus importants de ce groupe sont les selles claires, de couleur foncée, sanguinolentes, accompagnées d'un grand ténesme. Ces derniers symptômes prouvent que Senecio gracilis est un remède très important dans le traitement de la dysenterie. C'est un des meilleurs remèdes végétaux que nous possédions pour la dysenterie et la diarrhée catarrhale. Les épreintes ou le ténesme si fréquents dans la dysenterie sont un des symptômes les plus saillants dans les expérimentations avec Senecio gracilis. Il en est de même pour les selles sanguinolentes. Ce médicament est aussi très utile dans ces cas de diarrhée où le patient est très prostré et très débilité.

Senecio gracilis a une action bien marquée sur l'appareil urinaire, de là sa grande valeur dans les affections rénales. Dans les expérimentations, l'urine est d'abord très fréquente et abondante et, en outre, très claire et limpide. Elle devient ensuite peu abondante très foncée et même colorée de sang. L'urine contient une grande quantité de mucus. Il y a un grand ténesme vésical avec grand échauffement et besoin d'uriner constant. Dans le rein droit, douleur intense qui augmente pendant la miction ; l'urine est âcre, chaude et de couleur rougeâtre ; il y a de la constipation. Senecio gracilis s'est montré très utile dans un grand nombre de cas d'inflammation chronique des reins. Même dans la néphrite, il a rendu de grands services, et s'il ne guérit pas cette terrible maladie, du moins il remédie bien souvent à ses symptômes les plus sérieux et les plus pénibles. On l'emploie aussi dans les cas d'inflammation chronique du col

de la vessie, quand l'urine est sanguinolente et qu'il y a beaucoup de ténesme. Il a guéri un certain nombre de ces cas dont quelques-uns présentaient un caractère très opiniâtre. Les enfants qui souffrent d'irritation de la vessie, précédée ou accompagnée de douleurs de tête, en retirent un grand bénéfice. C'est le grand remède de la colique néphritique avec ou sans nausées. Quelquefois, de jeunes femmes souffrent d'hydropisie et d'enflure des membres inférieurs, ces symptômes seront très amendés par Senecio gracilis. Remarquez que les symptômes des organes urinaires sont très importants et, pour cela seul, Senecio gracilis, ne possédât-il pas d'autres propriétés médicinales, mériterait d'occuper encore une place très enviable dans notre matière médicale. L'urine sanguinolente est un des symptômes secondaires les plus importants de ce médicament et il ajoute grandement à son importance pour le traitement de ces maladies où l'urine passe soit tout à fait sanguinolente, soit simplement teintée de sang.

Dans le traitement de la gonorrhée, Senecio gracilis a été employé avec un résultat très satisfaisant, de même que dans des cas de prostatite chronique. Pendant les expérimentations il produisait des rêves lascifs avec émission involontaire de sperme; la prostate s'hypertrophiait et devenait dure au toucher. Il y avait aussi une douleur profonde avec sensation de pesanteur dans le cordon spermatique gauche et même dans le testicule. Chez les femmes, il a le pouvoir d'avancer, de retarder ou de supprimer les règles. En conséquence, il s'est montré très actif dans les cas d'aménorrhée spécialement chez des jeunes filles qui présentaient des symptômes d'hydropisie. Dans la dysménorrhée de cause anémique, il s'est acquis

un bon renom. Il est très employé spécialement dans les cas strumeux et lorsque les symptômes sont aggravés la nuit. Il agit aussi dans les autres cas de dysménorrhée soit que les règles soient trop abondantes, soit qu'elles soient au contraire insuffisantes, pourvu qu'il y ait des troubles urinaires. Dans la menstruation en retard, insuffisante ou trop abondante, il a une action très rapide, montre souvent une grande efficacité et rivalise avec quelques-uns de nos remèdes utérins les plus importants, tels que Pulsatilla, Caulophyllum, Calcarea carbonica, Erigeron Canadensi et Sepia. Il est employé également pendant les règles. lorsqu'elles sont en avance et trop abondantes. Il est souvent indiqué dans la menstruation irrégulière aussi bien lorsque les règles viennent trop tôt ou trop tard. Quand les règles ont été arrêtées par un refroidissement, Senecio gracilis les ramène souvent à leur état naturel. Très souvent, chez les jeunes filles, la leucorrhée prend la place du flux cataménial en même temps que les malades souffrent de troubles urinaires. Ces symptômes cèdent rapidement à Senecio gracilis. C'est aussi un remède de valeur chez les jeunes filles scrofuleuses. S'il y a de l'hydropisie, c'est une indication de plus pour son emploi. Il est indiqué quelquefois dans les troubles de la ménopause, spécialement dans les cas où l'insomnie est le symptôme le plus marqué et le plus pénible. Dans ces cas, souvent il ramène les époques et en même temps le sommeil. Par ce que nous avons dit ci-dessus, on voit que Senecio gracilis est un remède très important pour le traitement de beaucoup de malaises particuliers aux femmes, et qu'il a une affinité spéciale pour les organes femelles de la génération. C'est un remède de

valeur, que la malade ait de l'aménorrhée, de la dysménorrhée ou de la ménorrhagie.

Senecio gracilis agit sur les organes respiratoires en augmentant la sécrétion de la muqueuse des bronches. Il produit aussi une toux grasse avec râles muqueux, accompagnée d'inspiration pénible. C'est le principal remède dans les toux catarrhales, spécialement chez les femmes qui ont en outre de l'aménorrhée. Il agit aussi dans le traitement des hémoptysies chroniques avec les symptômes de phtisie suivants : toux sèche, entrecoupée, grande insomnie, fièvre hectique et émaciation. Il est indiqué également dans ces toux, généralement consécutives à un froid, qui sont d'abord sèches, puis deviennent bientôt grasses et s'accompagnent d'une expectoration très abondante de mucus épais, jaunâtre, d'une saveur sucrée et souvent strié de sang ; il y a aussi sensibilité ou sensation de plaie à vif dans la poitrine, avec émaciation et grande prostration ; bouffées de chaleur au visage avec rougeurs hectiques et sueurs nocturnes, et chez les femmes règles très irrégulières.

Dans le dos et les extrémités, Senecio gracilis développe des douleurs ; dans le bas du dos, dans le dos et les reins douleurs semblables à celles du rhumatisme et sensibilité dans les articulations.

Les généralités notées pendant les expérimentations étaient : grande insomnie, accompagnées de visions désagréables, affections des muqueuses de caractère catarrhal ; grande soif et chaleur fébrile plus marquée entre midi et six heures ; sensation de boule s'élevant de l'estomac vers la gorge, douleurs aiguës et sensation de piqûres dans différentes parties du corps; grande névrosité et état

hystérique nettement caractérisé; hémorrhagies par le nez, les poumons, les intestins, les reins et l'utérus.

(*Traduit de l'anglais*, par le Dr G. Nimier.)

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIE DE L'ANTIPYRINE

III° *Symptômes par appareils*,

SYMPTOMES DE LA VIE DE RELATION. — *Moral.* — L'antipyrine produit quelques symptômes de *trouble mental* : crainte de devenir fou; anxiété nerveuse et agitation; des *hallucinations de la vue et de l'ouïe*.

Sommeil. — On relève deux symptômes opposés, tantôt l'*insomnie*, ou sommeil agité et troublé par du délire, tantôt de la *somnolence*, pouvant aller jusqu'au coma.

Motilité. — *Accès épileptiformes.* « Accès souvent précédé d'un cri, s'accompagnant de morsure de la langue, se terminant par un stertor prolongé; les convulsions, d'abord toniques, débutent par la commissure labiale droite et par une déviation conjuguée des yeux ; tantôt, elles se généralisent, tantôt restent limitées au côté droit[18]. »

Convulsions générales avec vomissements et spasmes laryngés[20].

Contractures diverses.

Les doigts de la main droite sont fermés en forme de griffe[21].

Tremblements dans les membres avec faiblesse de la marche.

Crampes dans le bras droit et la jambe droite.

Sensibilité. — (Fourmillements, engourdissements dans les membres) (1).

SYNDROMES. — La *prostration des forces* est un des symptômes les plus marqués de l'antipyrine; tantôt avec une somnolence approchant du coma; tantôt avec perte de connaissance; tantôt avec sueurs profuses; cet affaiblissement peut aller jusqu'au *collapsus*, avec refroidissement considérable; avec lipothymies et arrêt du cœur; avec cyanose; ce collapsus est allé jusqu'à la mort [10], [18].

La prostration des forces peut revêtir une forme se rapprochant de la *neurasthénie* : « Nausées, vomissements, anorexie, pâleur, petitesse du pouls, dépression générale, obligeant au décubitus, céphalalgie intense avec étourdissements. Cet état de dépression peut alterner avec des périodes d'excitation : mouvement continuel, loquacité et irascibilité [37]. »

Amaigrissement considérable.

Respiration de Cheyne-Stokes.

Gangrène partielle des pieds [39].

Mouvement fébrile. — La fièvre et les accès de fièvre sont assez fréquemment produits par l'antipyrine [24], [31], [34], [36].

« Violents frissons avec cyanose de la face, injection et saillie des yeux, élévation considérable de la température, extrême fréquence du pouls [34]. »

Sueurs profuses.

SYMPTOMES CÉPHALIQUES. — Céphalalgie, avec élance-

---

(1) Les symptômes entre parenthèses ( ) proviennent d'une pathogénésie de l'antipyrine du Dr Oehme, *Art médical*, t. LXXIII, p. 317, 1891.

ment ; douleurs de tête permanentes et intenses[36] (céphalalgie avec coups dans la tête ; sensation de constriction). Étourdissements.

Sortes de bouffées, « chaleurs subites avec légers bourdonnements d'oreilles[3] ».

Face. — Œdème et gonflement de la face. Rougeur foncée de la figure, qui était tellement gonflée que les traits étaient méconnaissables[21].

Cyanose.

SYMPTOMES DES ORGANES DES SENS. — *Yeux et vue.* — Gonflement des paupières au point que les yeux sont fermés, œdème des paupières. La conjonctive oculaire est rouge et œdématiée, avec *larmoiement* (perte de la vue pendant plusieurs heures. Apparition de taches rouges devant les yeux).

Oreilles et ouïes. — (Douleurs en dessous et à l'intérieur des oreilles ; sécrétion excessive, démangeaisons et hémorrhagies).

Bourdonnements d'oreilles plus ou moins marqués.

SYMPTOMES DE LA PEAU. — L'antipyrine produit un grand nombre d'accidents du côté de la peau : *érythèmes, éruptions rubéoliques, scarlatiniformes, urticaire, eczéma, pemphygus.*

L'*érythème* se présente sous forme de taches arrondies, siégeant surtout aux genoux et aux coudes, du côté de l'extension, au dos[1] ; avec *prurit intense*, suivi d'une desquamation furfuracée ou d'une pigmentation brunâtre.

L'*exanthème rubéolique* est généralisé, mais plus marqué au niveau des genoux et des coudes et à la face dorsale des membres ; les papules guérissent par leur centre ; desquamation furfuracée ; dans une observation [30] l'érup-

tion rubéolique s'accompagnait, au niveau de la plante des pieds et sur le dos des mains, de vastes plaques de *purpura*; les ongles étaient noirs avec des ecchymoses sous-unguéales.

Les *éruptions scarlatiniformes* avec prurit et desquamation, sont signalées dans plusieurs observations.

L'*urticaire* est un symptôme très fréquent et quelquefois si rapide et si intense qu'un certain nombre de malades sont obligés d'abandonner l'antipyrine. Il ne s'observerait pas après les injections sous-cutanées[14].

Les éruptions sont souvent complexes, elles débutent par l'urticaire ou l'érythème, s'accompagnant de prurit et de tuméfaction œdémateuse de la peau; elles siègent principalement aux points d'union de la peau avec les muqueuses; elles s'accompagnent souvent de *vésicules*, qui siègent surtout aux lèvres, sur la langue, au voile du palais, au pharynx, points où elles se transforment en *ulcérations*; les vésicules qui siègent à la peau se dessèchent souvent ou se recouvrent de croûtes, elles sont plus ou moins volumineuses, *eczéma croûteux*; elles revêtent quelquefois une forme *pemphygoïde*.

SYMPTOMES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — *Bouche.* — Gonflement des lèvres; fourmillement et cuisson à la partie supérieure de la bouche, au voile du palais; brûlure des gencives; ulcérations douloureuses des lèvres et de la langue, *stomatite ulcéro-membraneuse*; vésicules et bulles sur les muqueuses des joues, de la langue et des gencives, suivies d'exulcérations profondes. Petite grosseur dans l'épaisseur de la joue gauche.

Gonflement de la langue; langue blanche.

Douleurs dans les dents.

Salivation sanguinolente.

Soif inextinguible et diminution de l'appétit.

Pharynx. — Inflammation et gonflement de l'amygdale gauche.

Fausses membranes blanches sur la langue et le pharynx, ayant commencé par des taches rondes qui se sont réunies [24].

Douleur en avalant; expectoration de pus fétide. Dans une observation [24], on note l'existence d'un grand nombre de petits abcès sur les amygdales, les gencives, la base de la langue.

Œsophage. — (Sensation de brûlure.)

Estomac. — Les *vomissements* sont notés dans un grand nombre d'observations; ils s'accompagnent fréquemment de nausées.

Vive brûlure à l'estomac.

Douleur à l'épigastre.

Dans une observation [27], on signale que l'antipyrine a produit des symptômes d'ulcère de l'estomac.

Intestins. — La diarrhée est notée dans quelques observations.

Symptômes de l'appareil génito-urinaire. — *Urines*. — Les urines sont habituellement *diminuées*, avec augmentation de la densité ; l'urée, l'acide urique et les chlorures diminueraient pendant l'administration de l'antipyrine pour augmenter quarante-huit heures après la cessation.

Diminution de l'acide phosphorique;

Les urines contiennent de l'acétone [26] et cependant il n'y a pas de sucre.

Urines foncées, avec un peu d'*albumine*, des globules rouges, de nombreux cylindres hyalins [18, 26].

Comme symptômes alternant : émission fréquente d'urines claires et *abondantes* [21].

Organes génitaux, femme. — Sensation de fourmillement et de brûlure dans le vagin.

Prurit vulvaire.

Aménorrhée.

(Lorsque l'antipyrine est administrée deux ou trois jours avant l'époque menstruelle, les règles s'arrêtent et il se produit des syncopes, des frissons violents avec tremblement des membres et cyanose de la face.)

(*Leucorrhée* aqueuse.)

(*Diminution de la sécrétion lactée.*)

SYMPTOMES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — *Nez.* — *Coryza* fluent, avec éternuements violents, avec sensation de picotement à la gorge et dans les fosses nasales ; avec larmoiement et injection des conjonctives.

(La muqueuse nasale est tellement gonflée que la respiration par le nez devient impossible.)

Gonflement du nez.

(Douleurs sourdes dans la tête et les sinus frontaux.)

Larynx. — Constriction de la gorge ; spasmes laryngés avec vomissements et convulsions générales ; serrement à la gorge avec dyspnée.

Gonflement tel de la gorge qu'on craint l'asphyxie [16].

Sécheresse et gonflement de la gorge, avec aphonie complète ; enrouement consécutif avec toux fréquente et expectorations.

(Sensation de brûlure et de grattement dans la gorge.)

Poitrine. — Picotements et brûlures dans la poitrine. *Oppression et dyspnée.*

Douleur dans la poitrine.

Bronchite généralisée [30].
Respiration de Cheyne-Stokes.
Augmentation des quintes de la coqueluche[24].

SYMPTOMES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE. — Défaillance avec sensation d'arrêts du cœur et en même temps battements dans tout le corps.

Pouls fréquent; pouls rapide, faible et irrégulier.
(Violentes palpitations.)
Gangrène partielle des pieds [39].

Dr MARC JOUSSET.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE

LE TRAITEMENT DE LA PHTISIE PAR LA TUBERCULINE A DAVOS.

Nous avions appris par les malades que nous envoyons à Davos qu'ils étaient obsédés dans ce *sanatorium* par un certain nombre de médecins allemands, élèves de Koch, pour subir le traitement par les injections de tuberculine, mais nous n'avions aucune idée de l'importance que cette pratique a pris à Davos. Une petite brochure du docteur Lucius Spengler nous édifie complètement sur cette question; et nous avons pensé qu'il serait bon de prévenir nos confrères que les malades, qu'ils envoient faire une cure d'altitude, sont exposés à tous les hasards de la tuberculine.

« Ici, à Davos, dit le Dr Lucius Spengler, la tuberculine ne

fut jamais entièrement délaissée depuis le 13 novembre 1890 . . . .

. . . .

« Durant l'hiver 1890-1891, j'ai traité 108 cas de tuberculose pulmonaire et laryngée par environ 5.000 injections de tuberculine. »

Le Dr Spengler se garde bien de nous dire combien cette méthode a produit de morts.

Une seule de mes malades, atteinte de phtisie laryngée, a subi le traitement du Dr Spengler et elle est morte quelques mois après.

Aujourd'hui le Dr Spengler emploie la *tuberculine résiduelle* de Koch et cela sur une très grande échelle. Il fixe *ex cathedra* les indications ou plutôt les contre-indications de ces injections. Les malades dont la température rectale dépasse 37°7 ne peuvent être traités par les injections, et, en cela, je l'approuve.

Quant aux règles que recommande Lucius Spengler de faire les injections tous les deux jours, puis tous les trois jours, de commencer par 1/10.000 de milligramme, pour arriver à la dose de 1 milligramme, toutes ces règles, dis-je, sont des vues de l'esprit, des réminiscences de vieille pratique; aucune ne repose sur l'observation clinique.

Nous l'avons déjà dit dans ce journal, la tuberculine résiduelle de Koch est un produit très analogue, pour ne pas dire identique, à la tuberculine *non pyrétogène de Klebs.*

Koch, par des centrifugations successives, sépare la tuberculine brute en deux parties. Une, très toxique, et l'autre presque inoffensive. Klebs obtient le même résultat, en précipitant par l'alcool de la tuberculine brute une

toxo-albumine qui ne détermine pas de réaction fébrile chez les tuberculeux.

Les symptômes relevés par Lucius Spengler sur les malades traités par la tuberculine résiduelle sont très analogues à ceux que nous avons mainte fois observé après les injections de tuberculine non pyrétogène de Klebs. Nous pensons donc que la tuberculine résiduelle est loin d'offrir les dangers de la tuberculine brute. Néanmoins nous croyons qu'il est bon de tenir nos malades en garde contre les pratiques audacieuses, pour ne rien dire de plus, des frères Spengler.

Quand nous envoyons nos malades à Davos, c'est pour faire une cure d'altitude et de vie au grand air et non pas pour être livrés au hasard des expérimentations de médecins de laboratoire. Depuis la mort déplorable de la jeune fille qui a subi à Davos les injections de tuberculine, nous recommandons expressément à nos phtisiques de refuser les traitements par injection de tuberculine. Sans doute, il serait avantageux dans certains cas d'avoir recours à un traitement adjuvant de la cure d'air, mais pour cela il faudrait pouvoir s'entendre avec les médecins de Davos. Or, je suis obligé de déclarer que je n'ai trouvé chez les frères Spengler ni la bonne volonté ni le savoir-vivre qu'on devrait toujours rencontrer chez des confrères.

Ces pratiques, si elles s'accentuent, nous forceront de délaisser Davos et de diriger nos malades sur d'autres sanatoria.

D[r] P. Jousset.

HYGIÈNE

Nous trouvons dans le numéro de mars de la *Médecine internationale* un article empreint à la fois de bon sens et d'indépendance. Nous le reproduisons.

La lutte contre la tuberculose. Les inconvénients de la désinfection obligatoire.

« La tuberculose est le fléau qui en temps ordinaire décime le plus l'humanité dans les grands centres. Nous en trouvons une nouvelle preuve dans l'*Annuaire statistique de la Ville de Paris*, pour 1895, que vient de faire paraître la Préfecture de la Seine :

Sur 54.266 décès, 13.197 sont dus à la tuberculose, dont 10.743 des poumons, 1.091 des méninges, 176 du péritoine, 226 de divers organes et 961 de tuberculose généralisée. En prenant la mortalité par 100.000 habitants nous trouvons 2.238 personnes, soit 22,38 p. 100. Sur ce nombre, 505 sont mortes de tuberculoses diverses ; 107 seulement ont succombé à d'autres maladies contagieuses.

La mortalité par tuberculose à Paris représente donc à peu près le quart du total des décès.

Entre autre mesure adoptée pour lutter contre le fléau, l'administration de l'Assistance publique vient d'inaugurer à l'hôpital Lariboisière deux pavillons, comprenant un total de 160 lits, destinés à réaliser dans une certaine mesure l'isolement des tuberculeux, et de soustraire au contact de ceux-ci les autres malades. L'établissement de nouveaux pavillons d'isolement dans d'autres hôpitaux

est en voie de préparation. C'est là une innovation à laquelle on ne peut qu'applaudir; d'autre part l'administration a pris la louable initiative de répandre dans le public une *instruction contre la tuberculose*, dans laquelle se trouve signalé surtout le rôle qui revient aux crachats des tuberculeux dans la transmission de la tuberculose. Naturellement on recommande de ne faire cracher ces malades que dans des vases contenant une certaine quantité de liquide. Il est recommandé encore de maintenir immergé pendant cinq minutes dans de l'eau bouillante, ou de livrer au service public de désinfection, tout linge sur lequel aura craché le malade.

Le Dr L. R. Régnier, dans le *Journal d'hygiène* (1898, nº 1178), critique très sensément ces deux prescriptions. Il reproche à ceux qui les ont édictées, de n'avoir pas tenu compte des importantes recherches de Flügge et Tapeiner montrant que l'infection tuberculeuse s'opère plus facilement quand les bacilles aspirés se trouvent en suspension dans une poussière humide. Il faut donc éviter que le liquide du crachoir ne s'évapore dans la chambre malade; il faut, en d'autres termes, pourvoir les indigents de crachoirs à fermeture hermétique et contenant une certaine quantité d'une solution antiseptique.

D'autre part l'Administration devra se préoccuper de pourvoir les tuberculeux indigents de linge de rechange, et de leur faciliter les moyens de désinfecter les linges souillés par les crachats.

C'est très joli de la part des représentants de l'Administration de rédiger des instructions on ne peut plus rationnelles à l'adresse des tuberculeux indigents ; encore faut-il mettre ceux-ci à même de se conformer à ces instructions.

*
* *

Une question d'hygiène publique, sur laquelle il y aurait grand intérêt à être fixé, est de savoir si la désinfection obligatoire, telle qu'elle est pratiquée par voie administrative, c'est-à-dire automatiquement, sans discernement, ne va pas trop souvent à l'encontre du but voulu. Le D[r] E. Laurent est un peu de cet avis dans un article publié par l'*Indépendance médicale* (1898, n° 7) ; il pose en principe « que la désinfection, telle qu'elle se pratique maintenant, est non-seulement vexatoire et inutile, mais encore dangereuse ». A l'appui de cette déclaration il cite les faits suivants :

Il y a six ou sept ans, une épidémie de scarlatine sévissait dans un passage étroit du quartier de la Villette habité par des malheureux. On ne fit aucune désinfection : et la maladie resta confinée dans le passage ; pas un cas ne se produisit au dehors. L'an passé, une nouvelle épidémie se déclare dans le même passage. A nous la désinfection ! Vite, les voitures municipales arrivent, secouent les guenilles et les puces de ces malheureux et sèment la scarlatine dans tout le quartier. Les médecins du voisinage ne s'en sont pas plaint, et cet ensemencement de scarlatine leur a permis de terminer à peu près proprement une année peu fructueuse. Il faut bien que chacun vive de son métier. Le service de désinfection obligatoire s'en rend vraisemblablement compte et nous ne pouvons que l'en remercier.

Au mois de novembre dernier, quelques cas de variole se produisirent à la Villette. Les médecins appelés firent les déclarations obligatoires, et en avant la désinfection ! Aussitôt la variole est semée d'étage en étage, de porte en porte. Mais les malades qu'agaçaient ces désinfections

qui violent en quelque sorte leur domicile, s'aperçoivent de la bénignité de la maladie. Ils déclarent que les médecins les ennuient avec toutes ces vexations qui ne servent à rien, et on cesse de les faire appeler. Quelques cas continuent de se produire, isolés. On ne fait plus de désinfections, et l'épidémie s'éteint comme par enchantement. Les malades ont vite compris que le danger venait des médecins et de la désinfection, forcée, qui était la conséquence de leur visite.

Enfin il termine par « une histoire gaie », si tant est qu'on puisse rencontrer le comique en pareilles choses. Au mois de juillet dernier, une dame de son quartier l'appela pour un de ses fils qui avait la fièvre typhoïde. M. Laurent lui déclara que la désinfection était obligatoire. La brave femme ne comprit pas très bien le but de la désinfection, et chaque fois elle remit aux employés des étuves municipales le linge de son autre fils, pensant ainsi le préserver de la maladie ; le linge du typhique alla scrupuleusement au lavoir du quartier. Aucun autre cas de fièvre typhoïde ne se produisit à cette époque. Par contre, le jeune homme, dont le linge fut si soigneusement désinfecté, attrapa la variole. Ces braves gens en furent plutôt étonnés, ajoute M. Laurent. Il y avait de quoi!

Il y a longtemps que nous soutenons l'opinion émise par l'auteur de cet article, sur l'innocuité relative de la poussière desséchée des crachats tuberculeux.

Nous pensons sur la désinfection obligatoire et la déclaration qui la précède et la justifie, ce qu'en pense le Dr Laurent, et nous souhaitons que les médecins s'entendent une bonne fois, pour délivrer leur malade de ces

vexations administratives qui ne peuvent aboutir à aucun résultat pratique.

D^{r} P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(*Séance du 1er mars.*) — Rapport de M. Javal sur un mémoire relatif au *traitement du trachome par la tarso-strophie*. Ce procédé consiste à disséquer un fragment myrtiforme du cartilage tarse et à le remettre en place après l'avoir retourné. La surface proliférante se trouve ainsi soudée aux tissus de la paupière et la production des granulations est arrêtée, même celles du cul de sac ne tarderaient pas à disparaître.

Suite de la discussion sur la saignée, les vomitifs et le vésicatoire. — M. Huchard est grand partisan de la révulsion qu'il ne croit pas tout entière contenue dans l'application des vésicatoires.

En ophtalmologie après avoir été employés dans les cas où on ne savait plus quoi faire, les vésicatoires sont maintenant complètement délaissés si l'on en juge par le silence des ouvrages spéciaux.

L'application d'un grand nombre de vésicatoires (122 et 214 à une seule personne) sans accidents ne prouve pas l'innocuité de ce moyen pas plus qu'il n'en démontre l'efficacité. Dans la thèse de Mlle Myzinska citée au cours de la discussion se trouve une observation où deux

gouttes de teinture de Cantharides suffirent à amener de l'aggravation. Quant au vésicatoire qui fait rougir la peau sans soulever l'épiderme ce n'est plus un vésicatoire.

M. Huchard rappelle ensuite les principes généraux du traitement des fièvres, l'intégrité de la surface cutanée, le défaut de toute médication capable de fermer les portes de sortie, l'élimination des toxines par le poumon, la peau et le rein. Puis il demande à M. Robin comment il peut concilier tout cela avec la prescription des vésicatoires, qui ne sont pas faits pour maintenir l'intégrité de la peau, capables d'hyperémier le poumon et de porter souvent atteinte à l'élimination rénale des toxines.

L'orateur énumère ensuite de nombreux accidents dus aux vésicatoires et empruntés à la littérature médicale depuis A. Paré. Il n'y a qu'un moyen d'éviter ces accidents c'est la suppression du vésicatoire vésicant dans toutes les maladies infectieuses et les néphrites interstitielles. En terminant, M. Huchard cite ces paroles d'Archambaud : Je ne suis pas sûr d'avoir vu les vésicatoires faire du bien, mais je suis bien certain qu'ils ont souvent fait beaucoup de mal.

(*Séance du 8 mars.*) — *Injection de sérum de Marmorek* au cours d'une infection à streptocoque ; pneumonie, pleurésie purulente, arthrite suppurée de l'épaule ; nombreux abcès.

M. Le Tellier, médecin-major, fit la 1re injection de sérum 53 jours après le début de la pneumonie. L'état général s'améliora très vite et les foyers purulents se modifièrent profondément. Les plaies se couvrirent de bourgeons charnus et le pus devint de plus en plus clair. Aux

points d'inoculation, œdème considérable avec douleur, rougeur et élévation de la température ; tous ces accidents disparaissaient graduellement en six et huit jours.

Alcoolisme et cirrhose hépatique. — Une enquête poursuivie par le Dr Roché, dans le département de l'Yonne, a montré que la cirrhose atteint presque exclusivement les buveurs de spiritueux et d'apéritifs, qu'elle est rare chez les grands buveurs de vin et de cidre, qu'elle est même peu commune chez ceux qui boivent de grandes quantités d'eau-de-vie de pays. Aucun des malades observés ne paraît avoir fait usage de vins plâtrés.

Pour M. Vallin également, la cirrhose n'est pas causée par le plâtrage des vins et il cite à l'appui de son opinion une lettre d'un professeur brésilien, qui a constaté des cas de cirrhose dans des milieux où le vin est inconnu.

Suite de la discussion sur le vésicatoire. — M. Hervieux doit trop de reconnaissance aux vésicatoires pour ne pas tenter de les défendre contre les attaques de M. Huchard. Il vante leurs bons effets dans la péritonite puerpérale, où il les a vus si souvent faire disparaître la douleur et le météorisme et amener la guérison.

M. Lancereaux, après avoir rapporté une observation de diphtérie mortelle consécutive aux vésicatoires, proteste contre leur interdiction dans les néphrites. Tout au contraire le vésicatoire est un moyen héroïque contre les crises d'urémie subintrantes alors que tout autre médication a échoué. En faisant entretenir un vésicatoire, M. Lancereaux a pu ainsi prolonger quelque temps plusieurs malades.

(*Séance du 15 mars.*) — *Discussion sur la saignée, les vo-*

mitifs, et le vésicatoire. — M. Daremberg estime que le vésicatoire restera un agent utile de la thérapeutique et il cherche la preuve de son assertion dans le traitement de la phtisie pulmonaire. Le vésicatoire est contr'indiqué dans les cas de tuberculose à marche rapide, de tuberculose lente, mais infectieuse d'emblée. Pas de vésicatoire chez les tuberculeux atteints de broncho-pneumonie étendue, ni chez ceux dont les hémoptysies sont accompagnées d'une forte fièvre. Tout au contraire le vésicatoire agit bien chez le phtisique résistant atteint d'une poussée limitée de congestion pleurale, pulmonaire ou bronchique avec température inférieure à 38°,5. M. Daremberg conclut que si l'action du vésicatoire est nulle contre les grands incidents de la phtisie pulmonaire, elle est presque toujours bienfaisante, souvent merveilleuse dans la cure des petits accidents de cette longue et cruelle maladie.

(*Séance du 22 mars.*) — *Appendicite et grossesse.* — M. Pinard rapporte une intéressante observation d'appendicite survenue au cours de la grossesse. Péritonite généralisée, laparatomie et lavage du péritoine. Avortement. Mort de la mère.

Le sang du cordon ensemencé a donné une culture pure de coli-bacilles, c'est ce qui explique pourquoi dans des cas analogues les enfants sont mort-nés ou bien meurent de septicémie quelques jours après l'accouchement.

Analysant les 45 observations antérieurement publiées, M. Pinard conclut que l'appendicite peut compliquer la puerpéralité dans toutes ses périodes (grossesse, travail, suites de couches). Il conseille de traiter l'appendicite chirurgicalement, plus rapidement dans la grossesse que

dans n'importe quel autre cas, à cause des rapports du foyer infectieux avec l'appareil génital.

Cirrhose et plâtrage des vins. — M. A. RICHE critique l'opinion émise par M. Lancereaux. La cause de la cirrhose n'est pas dans le plâtrage des vins. L'expérience le prouve. La loi Griffe (1891) interdit la mise en vente de vins contenant plus de 2 gr. de sulfate de potasse. Depuis lors la proportion de ce sel dans les vins plâtrés, qui était auparavant de 2 gr. 50 par litre, est tombée en moyenne au-dessous de 1 gr. 40. Néanmoins depuis 7 années que cette expérience se poursuit sur toute la France on n'a pas constaté la diminution de la cirrhose. Pour M. Riche comme pour M. Lancereaux la cirrhose hépatique est engendrée spécifiquement par l'abus du vin. Mais au lieu d'attribuer le pouvoir nocif du vin au sulfate de potasse, M. Riche, à l'exemple de Hanot, le cherche dans l'acidité du vin, dans l'acidité plus grande des vins plâtrés. Les fermentations acides interviendraient aussi dans les altérations du foie sous l'influence exagérée du vin, de la bière et du cidre.

Applications locales de salicylate de méthyle. — M. LINOSSIER. 1) Le salicylate de méthyle est absorbé par la peau plus que par le poumon.

2) Après les applications de salicylate de méthyle, les symptômes d'intoxication du salicylate de soude (vertiges, bourdonnements, etc.), sont exceptionnels. Localement il n'y a pas d'irritation de l'épiderme. Les applications de salicylate de méthyle sont indiquées dans le rhumatisme articulaire aigu, lorsque l'estomac ne supporte pas le salicylate de soude, dans les formes subaiguës et chroniques du rhumatisme, les névralgies et les névrites.

3) Le salicylate de méthyle est préférable à l'essence de Wintergreen et il vaut mieux ne pas l'incorporer aux excipients ordinaires parce qu'ils retardent son absorption et la rendent moins abondante.

(*Séance du* 29 *mars.*) — *L'Eucaïne* b. — M. Reclus. L'année dernière j'ai démontré avec M. Souchet que l'eucaïne tant vantée en Allemagne est inférieure à la cocaïne. En effet, tout en étant aussi toxique elle a les désavantages d'être douloureuse en injections, d'anesthésier moins et moins longtemps, par son action vaso-dilatatrice de faire saigner beaucoup et de voiler le champ opératoire.

Depuis lors, le Dr Silex (de Berlin) a produit une nouvelle eucaïne, dite eucaïne *b*, qui vient d'être étudiée en France par Schmidt, Dolbeau et Panas. Ce nouvel analgésique a un certain nombre d'avantages sur la cocaïne : on peut le porter à l'ébullition sans le décomposer, ce qui permet de le stériliser facilement. Les solutions d'eucaïne sont beaucoup plus stables que celles de cocaïne. Enfin et surtout l'eucaïne *b* est beaucoup moins toxique. Sa toxicité comparée à celle de la cocaïne est comme 1 est à 3.75.

La dose employée a été de 20 à 25 centigrammes par malade et la solution est titrée à 2 p. 100.

Dans l'art dentaire l'eucaïne prend de grands avantages et elle doit être préférée à la cocaïne parce que sitôt après l'anesthésie on peut laisser les malades s'en aller, tandis qu'avec la cocaïne on s'expose ainsi aux vertiges, syncopes, etc.

Mais en chirurgie générale la cocaïne reste encore l'anesthésique de choix. L'eucaïne *b* a un pouvoir analgésique inférieur ; elle est vaso-dilatatrice et provoque

des saignements qui masquent le champ opératoire. De plus une heure après l'eucaïnisation le malade se plaint de cuisson fort désagréable. Toutefois si le champ opératoire est très étendu, l'eucaïne *b*, moins toxique donne une plus grande sécurité que la cocaïne.

Cirrhose et plâtrage des vins. — M. Laborde, à propos de la communication de M. Riche, insiste sur le rôle de l'alcool dans l'étiologie des cirrhoses, rôle bien prouvé par l'existence de la cirrhose dans des pays où le vin est inconnu. La cirrhose hépatique n'est pas subordonnée à un facteur causal univoque. L'alcoolisme est un de ses facteurs; il ne l'est pas d'une façon absolument nécessaire et fatale. L'acidité, les fermentations acides ont également un rôle pathogénique. Mais elles sont elles-mêmes produites par l'alcool au moins aussi bien que par le vin. En fin de compte, l'alcool est et reste le vrai, le grand facteur causal essentiel, fondamental de la cirrhose.

M. Hayem. — Il existe des rapports très étroits entre les gastropathies et les affections du foie. Avec la cirrhose atrophique on trouve un type hypopeptique ou même apeptique, indiquant une atrophie avancée de la muqueuse stomacale. Avec la cirrhose hypertrophique au contraire, on constate un type plus ou moins nettement hyperpeptique, correspondant à une gastrite parenchymateuse mixte.

Dr Humeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. — UN CAS DE RUPTURE DE LA VALVULE MITRALE AVEC LUXATION DE LA GRANDE VALVE. — II. LA SACCHAROSURIE ALIMENTAIRE. — III. CONSERVATION DES RÉFLEXES ROTULIENS DANS UN CAS DE TABÈS AVEC AUTOPSIE. — IV. SUR UNE FORME PARTICULIÈRE D'ANGINE DIPHTÉROÏDE (ANGINE A BACILLES FUSIFORMES). — V. ACTION DE L'ARSENIC SUR LE BACILLE D'EBERTH ET LE COLIBACILLE. — VI. DE LA CRYMOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. — VII. UN CAS DE PARALYSIE SPINALE INFANTILE AVEC PARTICIPATION DU NERF FACIAL. — VIII. NOTE SUR LE MÉCANISME DE L'ACTION ANTITOXIQUE QU'EXERCENT VIS-A-VIS DE LA STRYCHNINE LA PULPE NERVEUSE ET DIVERSES AUTRES SUBSTANCES. — IX. SUITE D'UN TAMPONNEMENT A LA SOLUTION GÉLATINÉE CONTRE UNE MÉTRORRHAGIE.

I

(*Séance du 4 mars.*) — M. HUCHARD rapporte l'observation d'un homme de 42 ans mort, dans son service, d'asystolie après avoir été très peu amélioré par la digitaline ; l'auscultation avait fait entendre un souffle systolique intense à la pointe, et un double souffle à la base. A l'autopsie, on trouva une insuffisance et un rétrécissement aortique ; au niveau de la valvule mitrale, les deux valves étaient sclérosées, rigides ; la grande valve, plus altérée que l'autre, avait plusieurs des cordages tendineux rompus. Un surtout, principal, de 1 millimètre de diamètre, s'est rompu à 1 centimètre environ de son insertion à la grande valve. De telle sorte que cette partie antérieure de la grande valve, libérée de tout cordage tendineux, s'est luxée en haut, dans l'oreillette gauche.

La seule présence du cordage tendineux, rigide, calcaire, de 1 centimètre environ, qui reste adhérent à la grande valve, a fait que la luxation de cette partie de la valve s'est maintenue en position. La rigidité du cordage tendineux appuyé en face, vis-à-vis de la petite valve, a agi comme un corps rigide mis en travers et empêchant la grande valve de reprendre sa position normale.

M. Huchard rappelle qu'il existe 22 observations de rupture de la valvule mitrale, mais qu'il n'en connaît pas où on ait relevé la luxation d'une valve de cette valvule.

II

MM. Achard et Em. Weil se sont livrés à des recherches très approfondies sur la *saccharosurie* consécutive à l'ingestion de sucre de canne en grande quantité; voici les conclusions de ces travaux :

1° La saccharosurie, après introduction de 100 grammes de saccharose dans le tube digestif, soit par la voie buccale, soit par la voie rectale, est à peu près constante chez l'homme sain ou malade.

2° Elle est due à ce que le saccharose est en partie absorbé avant d'avoir été interverti. Elle dépend surtout de conditions relatives aux fonctions digestives, et n'est pas en rapport avec l'état du foie.

3° Pour explorer les fonctions hépatiques au moyen de l'épreuve de la glycosurie alimentaire, il convient de préférer au saccharose le glycose pur à la dose de 150 grammes.

III

(*Séance du 11 mars.*) — MM. Achard et Léopold Levi rapportent l'observation d'un malade mort de tabès,

vérifié à l'autopsie, et ayant présenté la conservation des réflexes rotuliens.

En résumé, il s'agit d'un tabes dorsalis remontant à dix ans environ, caractérisé par un mal perforant plantaire, des troubles oculaires, des crises gastriques, des phénomènes vésicaux, la démarche caractéristique, de l'incoordination des membres supérieurs, mais au cours duquel les réflexes rotuliens sont restés conservés.

L'examen histologique montre une sclérose des cordons postérieurs généralisée à tout l'axe médullaire, mais répartie d'une façon inégale. Les lésions du tabès se rencontrent dans toute la hauteur de la moelle, mais elles ont une prédominance au niveau de la région sacrée et de la région cervicale. Elles sont particulièrement discrètes au niveau de l'union de la moelle lombaire supérieure avec la moelle dorsale.

IV

M. Vincent a observé au Val-de-Grâce, dans ces dernières années, 14 cas d'une angine diphtéroïde présentant des symptômes spéciaux et un microbe particulier.

Dans les cas les plus habituels, cette angine diphtéroïde siège sur l'une des amygdales, plus rarement sur les deux. Elle intéresse parfois, simultanément, une des tonsilles et le pilier voisin. Au début de l'affection, l'amygdale est recouverte d'une plaque blanchâtre ou grisâtre, peu épaisse, de consistance molle, et pouvant être détachée par le raclage. Elle repose sur une surface érodée et saignant facilement. Les contours de cette tache, le plus souvent irréguliers, s'agrandissent peu à peu et recouvrent parfois une grande partie de l'amygdale ; lorsqu'on détache alors la membrane, on s'aperçoit qu'elle

est plus adhérente. Elle s'est reproduite le lendemain. Dans les cas les plus bénins, elle se renouvelle mal ou incomplètement. Lorsque l'affection est plus sérieuse, la membrane diphtéroïde repose sur un véritable ulcère anfractueux, mais superficiel, dû à la nécrose du tissu amygdalien.

Vers le troisième ou quatrième jour, la pseudo-membrane est épaisse, molle, presque caséeuse à sa surface, et communique à l'haleine une odeur désagréable. Elle se laisse détacher plus facilement qu'au début. Au voisinage de l'ulcère, la muqueuse est œdématiée et érythémateuse. Le malade accuse de la sécheresse du pharynx et de la dysphagie.

Les ganglions sous-maxillaires sont peu tuméfiés dans les cas légers. Il n'en est pas de même lorsque l'affection est plus étendue ou que l'angine n'a pas été soumise à un traitement antiseptique.

Dans les cas qu'il a observés, cette adénite n'a jamais abouti à la suppuration.

L'angine s'accompagne de courbature, d'inappétence, d'état saburral des premières voies et d'un mouvement fébrile parfois léger, mais constant. La température atteint fréquemment, dans les premiers jours, 38°,5, parfois 39 degrés. Mais, sous l'influence du traitement local, elle ne tarde pas à descendre au voisinage de la normale, quelquefois dès le troisième jour, alors que, cependant, l'exsudat diphtéroïde ne s'est pas éliminé.

Vers le huitième ou dixième jour, en général, l'amygdale se nettoie et, dès que les débris pseudo-membraneux qui tapissent encore les anfractuosités de l'ulcère ont été éliminés, la réparation est rapide. Dans certains cas, l'affection est tenace et dure quinze jours et plus.

La fausse membrane ne s'étend pas au côté opposé du pharynx, contrairement à ce qu'on observe si souvent dans l'angine diphtérique. C'est, en effet, surtout avec cette dernière affection qu'on pourrait la confondre, car elle ne présente pas les caractères cliniques de certaines autres angines telles que l'angine pultacée, le muguet, etc., etc.

L'examen microscopique permet de reconnaître deux espèces microbiennes prédominantes : 1° un bacille particulier, long, renflé à sa portion moyenne et aux deux extrémités amincies ; 2° un spirille tenu, plus difficile à colorer.

M. Vincent attribue au bacille, qu'il appelle *bacille fusiforme*, le rôle pathogénique dans cette variété d'angine.

MM. Le Gendre et Sevestre font quelques réserves sur le nom de diphtéroïde donné à cette variété d'angine par le Dr Vincent ; ils trouvent que l'épithète d'ulcéro-membraneuse serait plus à sa place.

V

(*Séance du 18 mars.*) — MM. Thoinot et G. Brouardel lisent une *note sur un caractère différentiel du bacille d'Eberth et du colibacille*, qui présente un grand intérêt.

« Le bacille d'Eberth ne se développe pas quand on le sème dans des bouillons peptonisés formant solution d'acide arsenieux à 0 gr. 01 p. 1000. Dans quelques cas exceptionnels, on peut obtenir un développement faible, mais on est certain de n'avoir jamais aucune végétation quand on fait usage de bouillons titrés à 0 gr. 015 et surtout 0 gr. 02 d'acide arsénieux pour 1000.

« Sème-t-on le bacille d'Eberth dans des bouillons

titrés à moins de 0 gr. 01 d'acide arsénieux p. 1000, il se fait une végétation, mais il est impossible d'*entraîner* le microbe, c'est-à-dire d'arriver, par passages lents et méthodiques dans des bouillons d'un taux arsenical de plus en plus élevé, à le faire pousser dans des milieux ayant plus d'un centimètre d'acide arsénieux p. 1000. »

Ces caractères s'appliquent à tous les échantillons de bacilles d'Eberth qui ont été expérimentés quelle que soit leur provenance.

Pour le colibacille, au contraire, il pousse d'emblée dans des bouillons titrés à 1 gr. 50 p. 1000 d'acide arsénieux; quelquefois même dans des milieux titrés à 1 gr. 75 p. 1000, 2 grammes p. 1000.

De plus par des passages méthodiques et gradués on peut l'entraîner à vivre dans un bouillon contenant 3 grammes p. 1000.

MM. Thoinot et Brouardel ajoutent que les grands bacilles pathogènes leur paraissent avoir vis-à-vis de l'acide arsénieux une résistance beaucoup moins grande que les saprophytes.

Il y a dans cette action de l'arsenic contre les microbes pathogènes, une confirmation de notre pratique homœopathique, consistant à employer l'acide arsénieux (*arsenicum album*) dans les formes malignes des fièvres graves et des maladies pestilentielles.

VI

M. Letulle a expérimenté chez les phtisiques un refroidissement local intense (la *crymothérapie* suivant le mot qu'il a composé).

Il a été conduit à cette pratique dans le but de combattre l'anorexie si fréquente chez les tuberculeux, les

expériences de M. Pictet ayant démontré que lorsqu'on descend dans un puits frigorifique a — 100° on observe une augmentation considérable de l'appétit. En outre, MM. Chossat et Cordès, de Genève, ont recueilli 96 observations de maladies de la nutrition, traitées avec succès par les basses températures dans le puits frigorifique.

Voici la technique de son procédé :

M. Letulle fait appliquer chaque matin sur la région épigastrique et hépatique un sac contenant environ 2 kilogrammes d'acide carbonique solide, la peau étant protégée par une épaisseur d'ouate suffisante pour que le malade ressente localement de la fraîcheur et non du froid. A ce moment le thermomètre placé directement sur la peau et sous le sac marque environ + 25°. On laisse le sac en place pendant un temps qui varie entre vingt et quarante minutes.

Ce procédé ramènerait toujours l'appétit chez les tuberculeux et aurait donc un certain intérêt.

VII

(*Séance du 25 mars.*) — M. Béclère présente une petite malade atteinte d'un cas de *paralysie spinale infantile*, intéressant le nerf facial. Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'une petite fille de 18 mois, ayant l'aspect d'une enfant très bien portante ; si on la fait rire ou pleurer, on s'aperçoit que le côté gauche de la figure est paralysé ; l'orbiculaire des paupières du même côté participe à la paralysie et l'œil gauche reste ouvert; il y a donc là une paralysie du nerf facial d'origine périphérique.

M. Béclère considère cette paralysie faciale comme une

manifestation de la paralysie spinale infantile, et voici les motifs de cette opinion.

La sœur de cette petite malade, Jeanne D..., âgée de 31 mois, présente les signes évidents de la paralysie infantile : paraplégie flaccide, ayant débuté brusquement le 1er juin 1897 par des vomissements et un état fébrile. Le 2 juin le Dr Bagnol est appelé auprès de cette enfant.

1° Paralysie complète des membres inférieurs avec flaccidité absolue des muscles, abolition des réflexes tendineux et peut-être une certaine diminution de la sensibilité cutanée ;

2° Paralysie de la vessie avec rétention complète d'urine qui nécessite le cathétérisme ;

3° Parésie des membres supérieurs, plus accentuée du côté droit ; c'est avec une lenteur et une difficulté extrêmes que la fillette peut atteindre un objet tenu à une certaine hauteur ;

4° Renversement de la tête en arrière, en opisthotonos ; la tête déprime l'oreiller et reprend brusquement cette position, comme mue par un ressort, quand on cherche à la redresser ; cependant, l'enfant peut la tourner à droite et à gauche.

Aucun trouble de motilité du côté de la face ; respiration normale ; T. 38°,5.

La nuit suivante, convulsions et vomissements.

Le 4, même état ; en outre, à la surface du corps, éruption furonculeuse disséminée, ou mieux petits abcès intradermiques, à différents points d'évolution.

A partir du 6 juin, la période aiguë de la maladie s'atténue et, depuis, la paraplégie seule persiste.

Le 7 juin, la petite fille de 18 mois, objet de cette communication, âgée alors de 9 mois, est brusquement frap-

pée de paralysie comme sa sœur, seulement la localisation diffère. Elle s'est endormie la veille avec toutes les apparences de la santé. Le matin, elle se réveille en pleurant, et la mère est très effrayée en s'apercevant que, lorsque l'enfant pleure, sa figure est asymétrique, grimaçante à droite, immobile à gauche. La mère s'aperçoit aussi que la tête ne peut être tenue en équilibre sur les épaules, mais tombe en avant, en arrière ou sur les côtés, suivant le sens dans lequel on l'incline. Il y a en somme paralysie faciale gauche, paralysie des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, trapèzes et des autres muscles de la nuque ; le muscle deltoïde gauche est aussi paralysé. Il y a de la fièvre, et la petite fille présente, comme sa sœur, de nombreux abcès intradermiques, à différents degrés d'évolution.

L'exploration électrique des muscles a démontré chez les deux enfants les mêmes réactions de dégénérescences.

Voici donc le problème tel qu'il se pose : la première prise, l'aînée, a présenté et présente encore des symptômes évidents, indéniables, d'une paralysie spinale infantile ; on ne peut trouver aucune autre explication de sa maladie.

La plus jeune a présenté des accidents paralytiques siégeant en des points très différents, ne présentant pas les localisations habituelles de la paralysie spinale infantile, mais ces accidents sont survenus en même temps que ceux de sa sœur ; ils ont une marche absolument analogue, n'est-il donc pas permis de les rattacher à la même maladie ?

Un certain nombre de médecins ont décrit des cas de *paralysie spinale infantile* survenant en peu de temps

dans une même population, jusqu'alors indemne, et pouvant faire penser que cette maladie peut être rangée au nombre des maladies épidémiques.

En outre, quelques observateurs ont signalé au cours de cette maladie des paralysies des muscles innervés par le moteur oculaire externe, le facial et l'hypoglosse, en un mot par des nerfs bulbaires.

M. Béclère croit pouvoir conclure que les deux observations qu'il a rapportées sont en faveur d'une origine infectieuse de la *paralysie spinale infantile*, et qu'il peut exister des cas de cette maladie n'intéressant que les origines bulbaires de certains nerfs.

M. L. Guinon rappelle que dans deux épidémies de paralysie infantile rapportées par Medin, de Stockholm, il existait dans quelques cas de la paralysie faciale associée ou non à des paralysies oculaires.

En outre, pendant les mois d'août et de septembre 1897, il a été frappé du nombre de cas de paralysie infantile amenés à la consultation de l'Hôpital des enfants ; cela paraîtrait indiquer une épidémie de paralysie infantile pendant l'été dernier, au moment où M. Béclère observait ses deux petits malades.

VIII

MM. Thoinot et G. Brouardel, à propos de la communication de MM. Widal et Nobécourt sur l'action antitoxique des centres nerveux pour la strychnine et la morphine, rapportent des expériences analogues.

1° Ils ont pris 12 cobayes, les ont divisés en 4 lots ; dans chacun de ces lots, deux cobayes ont reçu en injection sous-cutanée le mélange intime d'un gramme de pulpe nerveuse et d'une dose sûrement mortelle pour eux

d'une solution titrée de sulfate de strychnine; le troisième a reçu la même quantité de pulpe nerveuse mêlée au double de la dose mortelle de strychnine. Tous les cobayes ont survécu; ceux qui ont reçu la dose double ont ordinairement présenté une ébauche d'intoxication strychnique.

2° Après avoir fait macérer pendant quarante-huit heures la pulpe et la strychnine, M. Ogier y a recherché la strychnine, l'en a extraite en quantité suffisante pour strychniser une grenouille; la substance nerveuse n'exerce donc aucune action modificatrice sur l'alcaloïde toxique.

3° MM. Thoinot et G. Brouardel ont fait les mêmes expériences en mélangeant à la solution de strychnine des substances inertes (fécule de pomme de terre, talc, charbon, épinards). Dans toutes les expériences faites sur trois cobayes pour chacune de ces substances les cobayes ont survécu, sauf celui qui a reçu le mélange de charbon avec une double dose mortelle. Le pouvoir antitoxique n'est donc pas une propriété spéciale à la substance nerveuse. Continuant leurs expériences, MM. Thoinot et Brouardel filtrent le mélange de pulpe nerveuse et de strychnine, ils filtrent le mélange de talc et de strychnine et ils constatent que le liquide qui passe à travers le filtre est sans action sur les cobayes; la recherche chimique démontre que ce liquide ne contient pas de strychnine; celle-ci a été fixée par la pulpe nerveuse ou par le talc, elle est restée sur le filtre avec ces substances

Ils concluent donc que le poison n'agit pas lorsqu'on l'injecte avec la pulpe nerveuse, avec le talc, avec une poudre inerte quelconque, parce qu'il est retenu, fixé, emprisonné par cette matière non soluble et que, suivant le vieil adage : *corpora non agunt nisi soluta*, il est

incapable de se répandre dans l'organisme et d'y exercer ses effets ordinaires.

IX

M. Dalché s'est servi plusieurs fois avec avantages de la solution gélatinée pour arrêter des métrorrhagies, mais il vient de lui arriver un incident à la suite de l'emploi de ce moyen thérapeutique.

Une femme de 72 ans entre le 8 mars dans son service pour une métrorrhagie abondante durant depuis le 1er mars et constituée par du sang liquide, non fétide ; le col est sain, l'utérus est mobile et volumineux ; amaigrissement depuis quelques mois. L'indication pressante était d'arrêter l'hémorrhagie. Le 10 mars, tamponnement sur le col avec des gazes imbibées d'une solution gélatinée ; le 11, l'écoulement a beaucoup diminué, renouvellement du pansement ; le 12 mars, l'écoulement est arrêté.

Du 13 au 17 mars, douleurs de reins allant en augmentant graduellement. Le 17, comme il y avait un peu de sang, examen qui montre le col effacé, dilaté et, dans son orifice, large comme une pièce de cent sous, une masse lisse, élastique et assez résistante.

Le 19, le col est tout à fait effacé, la masse fait saillie dans le vagin et répand une odeur fétide.

Le 20 mars, on reconnaît qu'il s'agit d'un caillot dont la partie extra-cervicale se détache et dont la partie intra-utérine s'accompagne d'un écoulement putride. Lavage intra-utérin et écouvillonnage de la cavité.

M. Dalché pense qu'il aurait évité cette complication en dilatant le col dès le premier jour et en portant la gaze gélatinée au contact de la surface saignante.

Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

Aranea diadema.

Aranea diadema présente des symptômes si caractéristiques qu'on reconnaît immédiatement au lit du malade les cas qui le demandent. Ce sont, en premier lieu, l'extrême refroidissement, quelle que soit la forme de la maladie et, sans ce symptôme bien net, ce médicament n'est jamais indiqué ; l'aggravation par le temps humide et le retour des phénomènes pénibles avec la régularité d'une horloge. Ce retour a d'ailleurs lieu deux fois par jour, à la fin de l'après-midi et à minuit.

Cedron a bien la même périodicité; mais il n'a pas l'aggravation par les temps humides comme Aranea. Ce dernier présente en outre du refroidissement pendant toute la durée de la fièvre, ou plutôt pendant la période où il devrait y avoir de la fièvre, car ce médicament ne produit pas, à vrai dire, un état fébrile.

La tête est confuse, douloureuse. La fumée de tabac soulage (c'est le contraire pour Ignatia). A l'air, le mal de tête disparaît complètement.

Ce médicament affecte le trijumeau droit et détermine une névralgie avec violents élancements qui se dirigent des extrémités périphériques du nerf vers les centres nerveux. Il y a aggravation par la chaleur du lit. Aranea produit également des névralgies intercostales qui vont des extrémités du nerf à la moelle épinière.

Il y a hémoptysie d'un sang rouge très facilement,

même le malade étant tranquille. Avant comme après, on a le goût de sang dans la bouche.

Dans le ventre, sensation de poids et de distension due au développement du foie et de la rate. Selles liquides précédées de coliques.

Chez les femmes, les règles sont profuses, en avance de huit jours, et elles durent de huit à dix jours. Le sang, d'abord en caillots, devient ensuite plus liquide. Il y a des douleurs dans le dos et sensation d'abaissement dans le ventre surtout étant debout. La malade est forcée de croiser les jambes pour s'opposer à la sortie des organes internes.

Dans les extrémités, on éprouve des engourdissements, il y a de la névralgie du nerf crural. Cet état s'accompagne toujours de prostation et de lassitude. Aranea diadema est un médicament de la plus grande utilité dans la malaria, dans les névralgies malariennes, surtout du côté droit et dans le traitement de quelques irrégularités menstruelles. (H. Roberts, in *The North American Journal of Homœopathy*, février 1898.)

Un médicament de la peste.

Le D[r] Honigberger a soigné avec un plein succès en 1836, à Constantinople, quelques cas de peste avec Ignatia. La dilution n'est pas indiquée, mais le docteur dit qu'il l'a employée à dose homœopathique. Après la deuxième dose, le malade commence à transpirer au point de traverser son matelas, puis la fièvre et l'anxiété disparaissent. L'engorgement ganglionaire dure environ trois semaines. Ce médicament n'est pas seulement curatif, mais aussi préservatif. Les Arméniens ont coutume de porter sur eux, pendant les épidémies de peste, une fève Saint-Ignace qui les préserve de cette terrible maladie.

MAGNESIA PHOS. DANS LES SANGLOTS CONVULSIFS.

Le Dr F... (de Hongrie) rapporte qu'il fut appelé auprès d'un homme atteint depuis trois jours de sanglots convulsifs. Il était au lit et avait été soumis sans résultat aux injections de morphine, aux frictions chloroformées et aux sinapismes. Les sanglots s'arrêtaient quelquefois deux ou trois heures pour reprendre avec plus de violence ensuite. Magnesia phos. supprima presque immédiatement ces sanglots.

RHODODENDRON DANS LES AFFECTIONS AURICULAIRES.

Le Dr Kallenbach recommande Rhododendron à la 3e ou à la 4e dilution dans les cas de surdité avec bourdonnements et sons de cloche dans les oreilles. Il donne comme indications spéciales : afflux du sang à la tête avec vertiges, amélioration le matin, les bruits commencent dans les oreilles lorsque le malade est levé déjà depuis quelques heures. Il recommande aussi chaudement Rhododendron à la 1re ou 2e dans l'hydrocèle.

ANTIPYRINE DANS LE COLLAPSUS.

Le Dr Bhaduri recommande hautement Antypirine dans le collapsus pendant le choléra. Il l'emploie à la 6e décimale dans les cas où Carbo veg. a échoué. Les symptômes qui l'indiquent sont : un froid continuel, une sueur moite, pouls très faible, soupirs et poses respiratoires à intervalles graduellement croissants, sensation de brûlure dans tout le corps et légère agitation. Il l'a employée également dans le collapsus de la défervescence de la fièvre, surtout de la fièvre intermittente avec température élevée et aussi dans la phtisie. (*The homœopathic World*, février 1898.)

LES MÉDICAMENTS DES NEVRITES.

Voici, d'après le Dr Richey Horney, professeur au Collège

homœopathique de Claveland, les indications pour les différents médicaments que l'on peut employer pour les névrites.

Aconit. — Névrite causée par un froid sec; pendant la période aiguë quand la douleur est très violente, et qu'il y a une espèce de traînée rougeâtre sur le trajet du nerf. Dans ces conditions, on peut également penser à Ferrum phos.

Belladonna ou mieux Atropinum. — Douleurs excruciantes, pires au moindre toucher, commençant à la partie inférieure pour s'élever, gagnant toujours de la périphérie au centre.

Arnica. — Dans les cas traumatiques, y compris tous les cas déterminés par une pression, un coup ou un accident, à condition que l'intégrité du nerf ne soit pas affectée. Dans le cas contraire c'est Hypericum qui est le remède, c'est-à-dire dans les cas où des fibres nerveuses ont été coupées.

Arsenicum. — Quand la douleur a un caractère grave et ressemble à une brûlure et qu'il y a une paralysie motrice prononcée; dans les cas chroniques, et lorsque les douleurs sont nocturnes et très pénibles; enfin quand le malade est tout à fait épuisé.

Gelsemium et Argentum nitricum. — Dans les cas consécutifs à une maladie infectieuse aiguë. Gelsemium 1re décimale particulièrement s'il s'agit d'une paralysie post-diphtérique; dans les mêmes cas si au lieu de paralysie il y a de l'ataxie, Argentum nitricum 3e décimale est le remède. Carbon. sulph. est un autre remède qui peut être indiqué dans ce cas.

Causticum et Rhus. — Ces médicaments peuvent être employés quand les phénomènes inflammatoires s'apai-

sent; l'état commence à se rapprocher de la paralysie et la cause peut en être rapportée au rhumatisme.

Nux vomica. — Dans les cas alcooliques, Nux vomica 1re décimale ou si les symptômes aigus se sont atténués et que la prostration est profonde Strychnine 2e déc.

Cimicifuga. — A la 3e ou 6e décimale, Cimicifuga soulagera souvent ce qu'on a appelé la « rage de dents dans les membres », qui se présente chez les alcooliques.

Plumbum. — Dans la période atrophique de toutes les formes de névrite, Plumbum est le remède.

Phosphorus. — Quand il y a névrite dégénérative, nous pouvons trouver Phosphorus indiqué, et nous pouvons l'employer aussi bien en solutions de la substance pure qu'en trituration de phosphure de zinc. Il est utile dans les cas post-diphtéritiques, spécialement quand la paralysie motrice et sensitive monte en partant des extrémités des doigts ou des orteils.

Bellis perennis. — Bellis a guéri un cas développé chez une personne qui, étant en transpiration, s'était plongée dans de l'eau très froide. Une remarque à faire est qu'une diarrhée chronique disparut pendant l'attaque de névrite pour reparaître quand la névrite fut guérie. Deux doses d'Arnica suivies d'un petit nombre de doses de Bellis débarrassèrent la malade dont le bras eut cependant encore besoin de quelques soins pendant plusieurs semaines.

Berberis vulgaris. — Berberis est le remède indiqué quand la névrite siège sur les nerfs des plexus lombaire et sacré. Asurlus hippocastanum quand les extrémités du sciatique sont atteintes, Pareira brava quand c'est le crural antérieur, Sanguinaria canadensis dans la paralysie du deltoïde, et Anantherum mur. 30 quand il y a un état

simulant la névrite des paires nerveuses dorsales supé-rieures.

Kalmia. — Névrite qui change de place. Douleurs pires au moindre mouvement; début généralement dans les extrémités supérieures pour tomber ensuite dans les membres inférieurs.

Mercurius. — Mercurius suit Belladonna quand il y a des douleurs nocturnes excessives, pires par la chaleur, avec tiraillements musculaires.

Pulsatilla. — Pulsatilla est un autre remède qui est indiqué dans la névrite qui change de place; quand les douleurs se déplacent rapidement, sont pires la nuit et à la chaleur, soulagées en se découvrant et aussi en changeant de position; quand il y a une suppression complète de la transpiration.

Dans les cas chroniques, Iodium, Kali iodatum, Lachesis, Natrum mur., Silicea et Sulphur.

Les autres remèdes qui peuvent être étudiés en connection avec cet état sont : Ruta, Dulcamara, Apis, Ledum, Ranunculus bulb., China, Bryonia, Natrum sulph., Calc. carb., Agaricus, Coffea, Magnesia phos., Colocynthis et Cocculus. (*Medical Century*, février 1898.)

ACIDUM CAMPHORICUM.

Recommandé contre les sueurs nocturnes à la dose de 20 grains que l'on donnera une ou deux heures avant le moment où les sueurs apparaissent habituellement.

CALCAREA FLUORICA.

Le Dr Dewey dit que Calcarea fluorica convient aux cas de douleurs de dos simulant l'irritation spinale après l'échec de Rhus.

Calotropsis.

Recommandé dans la syphilis quand on a pris trop de mercure et qu'il y a de l'anémie, V gouttes de teinture-mère par jour.

Damiana.

Cette plante a une réputation un peu douteuse dans les maladies sexuelles, mais elle semble avoir amené la cessation du mal de tête et procuré le sommeil dans les migraines après deux doses de la 1re décimale à une demi-heure d'intervalle.

Hyoscyamine

Le Dr Delamater dit que le bromhydrate d'hyoscyamine est un bon remède pour calmer le tremblement dans la sclérose en plaques. Il emploie la 4e déc.

Naphtaline.

Le Dr Louis Hartman trouve que dans l'asthme Naphtaline soulage promptement quand les paroxysmes de toux se succèdent avec une telle fréquence que le malade ne peut pas reprendre sa respiration. Dans la coqueluche, il estime que c'est le meilleur remède et il trouve que Droseras, lorsqu'il est indiqué, agit mieux après lui qu'avant. Il lui trouve une grande valeur dans la toux des phtisiques ainsi que pour la diarrhée et les sueurs nocturnes de ces malheureux malades.

Polymnia uvedalia.

Cette plante, originaire de l'Amérique du Nord, où elle entre dans la composition du « ague-cake », agit sur la rate, sur le sciatique et le rectum. Elle a de l'aggravation dans la soirée, le malade préfère l'air libre. Les douleurs spléniques gagnent invariablement le dos, les omo-

plates, le cou et même la tête. C'est un remède du côté gauche.

Ptelea.

Le Dr Léonard a rapporté un cas d'hypertrophie du foie avec amaigrissement, teint jaune paille et d'autres symptômes d'altération de la santé, dans lequel trois doses de teinture-mère de Ptelea par jour produisirent un effet merveilleux.

Sentellaria.

Le Dr Royal dit que ce médicament est un nervin qui agit bien lorsque Ignatia, Stramonium, etc., ont échoué. Il l'emploie à la dose de X gouttes de teinture-mère.

Maladies des artères.

Le Dr Arnulphy recommande Plumbum à dilution élevée dans l'athérome pour en arrêter les progrès, en même temps qu'il donne Acidum oxalicum pour combattre les sensations douloureuses qui l'accompagnent. Dans l'artério-sclérose, il croit que le Strontium est préférable.

Gonorrhée.

Le Dr Fisher rapporte le cas d'un médecin de ses amis atteint d'ataxie locomotrice qui ne présentait dans ses antécédents qu'une gonorrhée. Soupçonnant cette maladie d'être la cause de l'ataxie, il lui prescrivit quelques doses de Thuya. Sous l'action de ce médicament l'écoulement uréthral reparut à mesure que les symptômes de l'ataxie s'amélioraient. Après la guérison de l'ataxie, l'écoulement disparut grâce à Sulphur et à Psorinum.

Leucorrhée.

Le Dr Wilson Smith rapporte un cas de leucorrhée d'une durée de deux années, qui, après l'échec de divers traite-

ments, fut guéri par cinq doses de borax (la dilution n'est pas spécifiée). A l'examen, la muqueuse vaginale était rouge et recouverte partiellement d'une sécrétion semblable à du blanc d'œuf. Il y avait de la sensibilité avec aggravation avant et après les règles. Cet état s'accompagnait d'une sensation d'un fluide chaud coulant dans les cuisses, et la malade se plaignait d'une douleur, de piqûres dans le clitoris la nuit.

Cauchemar.

Guérison d'un cauchemar chez une religieuse de 50 ans, par China 30. Ce médicament fut donné parce qu'on croyait pouvoir rattacher le cauchemar au régime maigre de la religieuse.

Prolapsus du rectum.

Le Dr Smith ayant remarqué que les enfants affectés de cette infirmité sont généralement rachitiques, a été amené à leur donner de petites doses de Phosphorus qui les a toujours guéris.

Maladie de Raynaud.

Le Dr Halbert rapporte un cas de maladie de Raynaud dans lequel la guérison fut obtenue avec Ferrum phos. 6e trit. déc. bien qu'au premier abord l'amputation des doigts et des orteils parût inévitable. (*The Journal of the British Homœopathic Society*, janvier 1898.)

Dr G. Nimier.

REVUE DES JOURNAUX

AMBLYOPIE CAUSÉE PAR LE THÉ

Le Dr Kennett Campbell, d'Édimbourg, rapporte un cas d'amblyopie toxique causée par le thé.

Il s'agit d'un homme de 46 ans dont la vue, bonne jusqu'alors, baissait graduellement depuis septembre 1895.

Le 2 mars 1896, l'acuité visuelle de chaque côté était de 1/20 sans aucune amélioration par des verres. Les milieux étaient très transparents et le fond de l'œil paraissait tout à fait normal. La kératoscopie montrait une légère hypermétropie, d'environ 0,50 dioptrie; le champ visuel était normal pour le blanc, mais il y avait un scotome central partiel pour le rouge. Partiel, cela veut dire que le malade hésitait quelque temps avant d'affirmer la couleur rouge. C'était un homme vigoureux, bien portant, qui avait toujours eu une vie régulière et tempérante. Il n'y avait aucune maladie organique. Cet homme fumait chaque jour environ trois pipes de tabac, une après chaque repas et, d'habitude, il ne buvait qu'un verre de bière par vingt-quatre heures, généralement après le dîner.

Malgré la suppression du tabac et de la bière, l'état reste absolument stationnaire. Le 6 avril, apprenant que le malade fait une abondante consommation de thé fort, le Dr Campbell supprime complètement le thé et permet de nouveau le tabac et la bière. Depuis ce moment amélioration rapide.

Le 4 juin, l'acuité visuelle pour chaque œil était de 1/6 le 2 juillet elle était de 1/3, et le 24 septembre, quatre mois après avoir abandonné le thé, l'acuité était de 2/3 et le champ visuel était redevenu tout à fait normal. (*France médicale*, 25 mars.)

INJECTIONS INTRAPLEURALES IODO-IODURÉES DANS LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE SÉREUSE.

M. le docteur S. Fabozzi a vu employer avec succès, chez trois sujets atteints d'épanchement pleurétique séreux, un traitement préconisé par M. le docteur d'Auria, médecin de l'hôpital des Incurables, à Naples, traitement qui consiste à injecter dans la cavité de la plèvre une solution iodo-iodurée après ponction et évacuation de l'exsudat.

La paracentèse ayant été pratiquée suivant les règles de l'asepsie la plus rigoureuse au moyen de l'appareil Dieulafoy, on injecte par la canule laissée en place une solution dont voici la formule :

Teinture d'iode.	8	grammes.
Iodure de potassium	1	—
Eau distillée stérilisée	200	—

F. S. A. — Usage externe.

Ce liquide est abandonné dans la cavité pleurale pendant cinq à dix minutes, puis on le laisse s'écouler entièrement, on retire la canule et on ferme l'orifice de ponction avec du sparadrap.

Grâce à l'action modificatrice et bactéricide exercée par la solution iodo-iodurée sur l'endothélium pleural, l'épanchement ne se reproduirait plus et la guérison s'effectuerait rapidement. (*Semaine médicale*, 2 mars.)

L'IODURE DE POTASSIUM CONTRE LES MÉTRORRHAGIES LIÉES AUX FIBROMES UTÉRINS

M. le docteur Bouquet s'est bien trouvé chez 5 malades atteints d'hémorrhagies liées aux fibromes utérins de l'emploi de l'iodure de potassium à haute dose. Voici comment il administre ce médicament:

Il prescrivit l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour pendant la première semaine; puis cette dose fut augmentée de 1 gramme tous les huit jours pendant trois semaines consécutives, de sorte que la malade ingérait quotidiennement 5 grammes d'iodure durant la quatrième semaine, après quoi la quantité journalière du médicament fut réduite à 2 grammes.

Quinze jours après le début du traitement, les métrorrhagies s'arrêtèrent.

Au bout d'un mois survint une hémorrhagie d'une intensité moyenne qui dura six jours et qui n'était autre chose qu'un écoulement menstruel normal. Dans la suite les règles revinrent encore deux fois. La médication iodurée ayant été suspendue, on vit apparaître quinze jours plus tard une métrorrhagie qui, sans être excessive, était pourtant assez abondante pour démontrer que l'action du médicament commençait à s'épuiser. L'usage de l'iodure de potassium fut donc repris, mais à doses moins élevées : 0 gr. 50 centigr. par jour la première semaine, 1 gramme la seconde, 1 gr. 50 centigr. la troisième et 2 grammes la quatrième. Ultérieurement la patiente put rester deux, puis trois et enfin six mois sans prendre d'iodure et sans qu'on vît se manifester une nouvelle tendance aux métrorrhagies. L'état général était devenu excellent. (*Semaine médicale*, 2 mars.)

INJECTIONS RECTALES D'ARSENIC DANS LA TUBERCULOSE ET LE DIABÈTE.

M. Renaut (de Lyon) emploie avec beaucoup d'avantages dans la tuberculose, au début principalement, et dans le diabète l'arsenic injecté dans le rectum ; son procédé consiste à injecter, à l'aide d'une seringue exactement jaugée, 5 c. c. de la solution ci-dessous formulée :

Eau distillée	56	grammes.
Liqueur de Fowler	4	—
F. S. A. — Usage externe		

L'injection est répétée 2 ou 3 fois par jour, quelquefois davantage. Si le malade s'est fait 3 injections et les a gardées et absorbées, il a pris ainsi 1 gramme de liqueur de Fowler, soit 0 gr. 01 centigr. d'acide arsénieux, c'est-à-dire une dose que par la voie stomacale aucun patient ne serait capable de supporter au delà de quelques jours. Ces injections rectales peuvent être parfaitement tolérées durant des semaines et même des mois.

La pratique est la suivante : pendant cinq jours, matin et soir, on fait une injection de 5 c. c. de la solution arsenicale. Pendant les cinq jours suivants on donne 3 injections par jour, puis 4 pendant cinq autres jours. On interrompt durant cinq jours et on reprend comme précédemment.

Parfois, chez certains malades, il se produit un peu d'irritation rectale ou de diarrhée : il suffit alors d'ajouter à la dose de 5 c. c. une goutte de laudanum.

Chez trois malades ayant présenté une hémoptysie nettement bacillaire et pour lesquels le traitement systématique a été poursuivi pendant plus d'un an, et chez un quatrième qui a été soumis à cette même médication

pendant six mois, les signes du sommet ont disparu au point que l'auscultation ne révélait plus rien d'anormal en même temps que les forces et l'appétit reprenaient.

Dans la phtisie confirmée, les injections rectales d'arsenic bien tolérées exercent également une action favorable, sans être toutefois curatives. De l'avis de l'auteur, elles valent surtout contre les tuberculoses discrètes et encore au début. Leur efficacité est toutefois très grande dans le cas de tuberculose ganglionnaire ou péritonéale.

Chez le diabétique, l'injection rectale d'arsenic relève les forces et fait tomber le taux du sucre. (*Semaine médicale*, 16 mars.)

TRAITEMENT THYROÏDIEN DU GOITRE

A la Polyclinique de l'hôpital général de Vienne, dans le service du professeur Chiari, on a eu recours, pendant la précédente année, à un traitement par l'iodothyrine, dans 220 cas de goître. Dans la plupart de ces cas, il s'agissait d'une simple dégénérescence goîtreuse; dans les autres cas, on avait affaire à une dégénérescence colloïde, ou fibreuse, ou kystique, ou vasculaire du corps thyroïde, et, dans deux cas, à des tumeurs malignes.

Dans la très grande majorité des cas, l'accroissement de volume du corps thyroïde portait sur le lobe gauche de l'organe; dans 11 cas de goître parenchymateux, le lobe gauche était intéressé. La plupart des malades étaient des femmes âgées de 12 à 24 ans; 18 cas seulement concernaient des vieillards, dont 12 du sexe masculin. Dans un seul cas on s'est cru autorisé à porter le diagnostic de maladie de Basedow, en se basant sur la constatation des

trois symptômes cardinaux de cette affection. Dans un assez grand nombre de cas, il existait de la tachycardie.

Il est à noter qu'un grand nombre de malades femmes était dans un état d'anémie ou de chlorose très prononcé; ce sont elles précisément qui ont le mieux supporté le traitement. Celui-ci a consisté dans l'administration de pastilles de thyroïde, dosées à 35 centigrammes. La dose quotidienne a été de une pastille au début; seulement plus tard on a fait prendre deux pastilles par jour, après le repas de midi; quand les pastilles étaient ingérées avant les repas, ou à jeun, elles occasionnaient habituellement des malaises et des vomissements. Dans la très grande majorité des cas, la médication a été bien supportée quand les pastilles étaient prises après un repas copieux. Un petit nombre de malades se sont plaints de maux de tête, d'une sensation de pression à l'épigastre, de nausées, de vomissements, de palpitations (jusqu'à 120 pulsations).

La médication s'est montrée d'une grande efficacité dans les cas de goître parenchymateux simple. Déjà après ingestion de 5 à 7 pastilles, on a noté une diminution de volume de la tumeur goîtreuse, ou du moins un ramollissement de ce dernier. En continuant le traitement, on pouvait être presque certain de constater une diminution du pourtour du cou, de 3 à 4 centimètres, au plus tard après la troisième semaine de traitement. Quand ce résultat faisait défaut après administration de 20 pastilles, l'échec pouvait être considéré comme définitif.

Dans le cas de maladie de Basedow, un essai de traitement thyroïdien a échoué. Au contraire l'administration de tablettes de thymus a eu pour effet une diminution de la tachycardie et des palpitations. De modifications objec-

tives, il n'y en a pas eu. Le malade, il est vrai, n'a pu être maintenu en observation que pendant cinq semaines.

Dans les cas de goître parenchymateux avec nodosités colloïdes de consistance élastique, le traitement thyroïdien a amené une diminution de consistance et une résorption partielle des parties hyperplasiées du goître, de sorte que les nodosités devenaient plus accessibles à la palpation.

Dans les cas de goître exclusivement colloïde et kystique l'échec de la médication thyroïdienne a été complet. De même, dans les cas de goître vasculaire.

Au contraire dans un cas de goître fibreux, la tumeur a perdu de son volume et de sa consistance, sous l'influence du traitement thyroïdien.

Dans un des deux cas de tumeur maligne de la thyroïde, traité de la même façon, le malade, en proie à une dyspnée violente causée par la compression de la trachée, se sentit soulagé après avoir absorbé 14 pastilles. Chez l'autre patient le traitement thyroïdien n'a amené aucune amélioration ; il est vrai de dire qu'après avoir absorbé sept pastilles, le malade n'a pas voulu continuer l'expérience.

D'autre part, des 220 malades qui ont été soumis au traitement thyroïdien, 67 ont subi une diminution du poids corporel ; 8 autres ont augmenté de poids. La diminution du poids corporel a acquis une valeur moyenne de 2 kilogrammes. Elle atteignait son maximum au bout du premier septenaire, puis elle allait de nouveau en diminuant, de sorte que, à la fin du traitement, les malades avaient de nouveau récupéré leur poids primitif ; cela en thèse générale. Dans un cas la diminution du poids corporel s'est chiffrée par 5 kilogrammes, et dans un

autre par 6 kilogrammes, après la première semaine de traitement. Les deux cas concernaient des femmes obèses.

Pour ce qui est des doses, au début on administrait une pastille par vingt-quatre heures; puis cette dose était portée à 3 pastilles.

Dans huit cas, on a pu constater la présence de l'iode au sein des urines, pendant la durée du traitement; l'albuminurie a été observée deux fois; à part cela les urines ont toujours été trouvées normales.

Des récidives ont été constatées dans 22 cas, en ce sens que quelques mois après la suspension du traitement, le goître avait de nouveau subi une augmentation très manifeste de volume. Au surplus la disparition complète de la tumeur goîtreuse n'a pas été constatée une seule fois. (*Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, 16 février.)

VARIÉTÉS

L'ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN.

La tombe de Hahnemann, à Montmartre, se trouve placée dans un coin reculé du cimetière, adossée à un mur et entourée d'autres tombes, toutes autant délabrées et abandonnées que celle de Hahnemann. Dans de pareilles conditions, on ne pouvait songer à construire le moindre monument. Aussi, est-ce avec satisfaction que nous avons reçu, de la Préfecture de la Seine, l'autorisation de pouvoir transporter en temps opportun le corps de Hahnemann au cimetière du Père-Lachaise dans une concession perpétuelle de grandeur convenable. Cette concession est située en bordure d'une des avenues les plus fréquentées de la partie historique de la grande nécropole parisienne, au milieu de célébrités de toutes époques, que le voisinage de notre non moins célèbre Maître ne déparera pas.

Si, dans le monde entier, les partisans de l'homœopathie, médecins et sociétés, avaient à cœur de nous aider dans notre œuvre par une souscription quelconque, le Comité international uni à la Société française d'homœopathie aurait la somme nécessaire pour pouvoir élever un monument digne de Hahnemann, qui perpétuerait pour toujours le nom du fondateur de l'homœopathie et témoignerait de la vitalité de sa doctrine.

Dans sa séance du 9 février 1898, la Société française d'homœopathie a, par un vote unanime, approuvé le trans-

fert du corps de Hahnemann du cimetière Montmartre au cimetière du Père-Lachaise.

Nous ne pouvons nous empêcher de publier la lettre suivante, charmante dans sa simplicité.

Copenhague, Danemarck, 27 février 1898.

Cher confrère,

Nous, médecins homœopathes danois (cinq ou six), enverrons 100 francs ou peut-être encore plus en avril ou mai. Dans ces jours, nous avons inséré une invitation dans plusieurs journaux danois. Veuillez, cher confrère, agréer, recevoir l'assurance de ma considération.

D[r] Oscar Hansen,
Médecin homœopathe,
Vestre boulevard, 15.

M. le D[r] Juan Sanllehy nous a informé qu'il enverra au Comité international de la tombe de Hahnemann, le produit des souscriptions de Barcelone et que M. Giro, secrétaire de l'Académie, et M. Gort, pharmacien, chargé de l'administration de la *Revista*, s'occuperont des correspondants de l'Académie, en Amérique et dans les autres pays.

Dans la séance trimestrielle du 8 mars dernier, les membres du cercle médical homœopathique des Flandres ont désigné M. le D[r] Samuel Van den Berghe comme leur délégué pour l'œuvre du tombeau de Hahnemann.

L'Instituto omiopatico italiano décide de se faire l'initiateur de la souscription en Italie. Cette souscription sera d'un caractère privé. (L'*Omiopatia in Italia*, fascicolo XXII.)

M. le Dr H. C. Voorhœve Junior, secrétaire de la Ligue homœopathique hollandaise, Dunne Bierkade, 17, La Haye, a été désigné comme représentant de la Hollande. (*Homœopatisch Maandblad*, 15 mars 1898.)

Presque tous les journaux européens ont déjà publié ou traduit la circulaire du comité international adressée aux sociétés homœopathiques.

Dr F. C.

LISTE DE SOUSCRIPTION

M. Ecalle, pharmacien à Paris . . . . . . .Fr.	50	»
M. le Dr Chauvet, de Tours.	25	»
M. Obrecht, pharmacien à Alger.	5	»
M. le Dr Giles, de Cannes.	100	»
M. le Dr de Perry, de Bordeaux.	20	»
M. Girardeau, pharmacien à Paris.	5	»
M. le Dr Frichet, d'Alger.	20	»
M. Béchu, à Paris.	20	»
M. Lebel, au Vésinet.	20	»
M. l'abbé Carbonnier, curé d'Orival (Seine-Inférieure).	10	»
M. Dupont, à Paris.	10	»
M. le Dr Chiron, de Poitiers.	10	»
M. le Dr Soyard, de Baudol (Var).	5	»
N. Coulombeaud, pharmacien à Toulon.	10	»
M. Richard, pharmacien à Marseille.	10	»
M. le Dr Espanet, de Marseille.	5	»
M. le Dr Fayol, de Marseille.	10	»
M. le Dr Daniel, de Marseille.	25	»
Tronc de l'hôpital Hahnemann, à Neuilly. . . .	15	»
A reporter.	375	»

Report. . . . . 375 »

Extrait de l'*Allgem. homœopath. Zeitung*, 17 mars 1898.

Commerzienrath Dr Wilmar Schwabe, Leipzig. . . . . .Mark.		250	
Täschner et Co., Homœopath. n-tral-Apotheke, Leipzig.	William Steinmetz	25	
A. Marggraf's homœopath. Officin, Leipzig.		25	437 50
Carl Gruner's homœopath. Officin, Leipzig		25	
Verlag der Allgemeinen homœopatischen Zeitung, Leipzig.		25	

Extrait de l'*Omiopatia in Italia* (fascicolo XXII).

Dott. G. Bonino. . . . . .Lire.	25	
Dott. Crisante Bottino.	25	60 »
Dott. G. Vittorio Rabajoli.	10	
		872 50
Listes précédentes. . .		3.899 »
Total. . .		4.771 50

CORRESPONDANCE

Monsieur le Docteur,

Je vous remercie de rendre hommage aux fortes convictions de mon père le Dr Gallavardin, mais je voudrais seulement vous dire qu'il n'avait jamais essayé de fonder une association pour l'extinction de l'alcoolisme. Persuadé que la médecine avait des ressources pour le combattre, et pour amoindrir les pires dispositions morales de l'homme, et inspiré par les résultats qu'il obtenait à son dispensaire, il conseillait à ses confrères de limiter

dans un but moralisateur et social. Et il faisait appel à la liberté individuelle des médecins, il leur demandait d'agir chacun dans leur sphère individuelle et sans aucune enrégimentation qui est un des mauvais côtés de l'association. Son dispensaire existe depuis 1886, il était ouvert à tout ceux qui voulait se rendre compte des faits. Ce dispensaire est continué par le médecin qui en était le secrétaire pendant les douze ans d'existence et il reste ouvert à tous les médecins qui voudront venir observer et contrôler les résultats. Je vous serais obligé, en publiant cette lettre, de rappeler aux médecins l'offre qui leur était faite par mon père dans sa brochure *Alcoolisme* et *Criminalité*.

Mon père n'était pas emballé dans un système. Lorsqu'un système est réellement l'expression exacte de la Vérité, aucune pensée humaine ne saurait lui imposer des bornes. Mon père ne confondait pas l'absurde avec l'infini. En faisant du bien à ses semblables, il avait la satisfaction dans l'âme de trouver dans la médecine un nouvel aspect de l'infini et cette constatation semble reculer pour longtemps la solution du problème de la matière.

Je ne doute pas, Monsieur le Docteur, que vous ayez le ferme désir d'apprendre à vos lecteurs que cette pensée a été la grande inspiratrice du travail obstiné des dernières années du D^r Gallavardin.

JULES GALLAVARDIN

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

MAI 1898

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

VACCINATION ET SÉRUMTHÉRAPIE

L'immunité est l'absence ou la disparition de la prédisposition définie à contracter une maladie déterminée. Ainsi, la poule manque de la prédisposition au tétanos, elle résiste aux inoculations des cultures du bacille de cette maladie : immunité naturelle. Un homme est guéri de la fièvre typhoïde, il a perdu la prédisposition à contracter cette maladie : immunité acquise contre la dothiénenthérie par une première atteinte de cette maladie. Un homme reçoit le vaccin jennérien, un cheval est immunisé par des injections atténuées de tétanos, perte de la prédisposition définie à la variole et au tétanos, immunité acquise par vaccination.

La vaccination peut être obtenue par le microbe lui-même soumis à des méthodes d'atténuation que nous n'avons pas à décrire ici, mais elle peut être aussi obtenue par l'inoculation du sang ou plutôt du sérum provenant d'organisme ayant acquis l'immunité par vaccination microbienne ou par une atteinte première de la maladie.

Quant au sérum d'animaux jouissant de l'immunité naturelle, son action est fort douteuse.

L'immunisation obtenue par la vaccination à l'aide des cultures pures de microbes atténuées n'est complète que le

quatorzième jour après l'inoculation, quand toutes les toxines ont été éliminées, mais si elle est lente à se produire, elle est durable.

L'immunisation obtenue par le sérum se produit en quelques heures, mais elle est éphémère et disparaît promptement.

Mais si le sérum est inférieur à la culture pure pour les vaccinations, il est jusqu'à ce jour bien supérieur pour la guérison, et c'est la sérumthérapie qui constitue la nouvelle thérapeutique pasteurienne.

On s'est empressé de décorer ces sérums curatifs de l'épithète d'antitoxique sacrifiant ainsi à l'esprit du galénisme et à la loi des contraires. Nous déplorons d'autant plus cette routine intellectuelle que tout semble démontrer que l'action curative des sérums est entièrement régie par la loi des semblables.

Il nous semble que pour élucider cette question de thérapeutique générale, le plus sage est d'étudier le fait expérimental sans s'occuper des hypothèses dont on l'accompagne généralement. La réponse à ces hypothèses viendra, si toutefois elle est possible, après l'exposition du fait expérimental.

Quel est ce fait?

Un animal reçoit une toxine produite par les microbes de la diphtérie, du tétanos ou du choléra. Nous nous bornons à ces trois exemples.

Ces animaux, soit qu'ils jouissent de l'immunité naturelle contre la maladie qu'on leur inocule, comme les poules pour le tétanos, soit qu'on inocule le poison par doses fractionnées de manière à ce que l'animal en expérience survive au poison, comme le cheval dans le procédé de Roux, ces animaux, dis-je, fournissent après un temps

variable un sérum ayant la propriété de prévenir la maladie ou de la guérir quand elle s'est développée.

Une étude attentive des phénomènes qui se passent chez les animaux ainsi immunisés nous fera pénétrer un peu plus avant dans le mécanisme de leur production.

Si nous choisissons la poule qui, grâce à son immunité naturelle contre le tétanos, peut recevoir des quantités de toxine assez considérable nous noterons, d'après les expériences de Metchnikoff la succession des phénomènes suivants (*Annales de Pasteur*, t. XI, p. 808).

Pendant les premiers jours, le sang des poules auxquelles on a injecté la toxine du tétanos est tétanigène, mais il perd cette propriété de jour en jour, en sorte qu'au bout d'une semaine environ il perd la propriété de donner le tétanos aux mammifères les plus sensibles.

Puis vient une période neutre pendant laquelle le sang n'est ni toxique, ni anti-toxique, et c'est seulement quelques semaines plus tard que le sang commence à manifester un pouvoir anti-tétanique évident.

Des phénomènes très analogues se montrent chez les très jeunes caïmans (un caïman de 500 gr.). Ces animaux conservent longtemps la toxine dans leur sang. Au bout d'un mois, celui ci n'est ni tétanigène, ni anti-toxique ; il est neutre comme chez la poule de l'expérience précédente. Mais, après cinquante-huit jours, il était doué d'un pouvoir anti-toxique incontestable.

Ces phénomènes ne se passent plus ainsi chez un caïman plus âgé (5 kilog.). Le sang devient anti-toxique au bout de vingt-quatre heures, propriété qui s'augmente les jours suivants.

Mais cette propriété de produire l'anti-toxine ne se développe qu'à la condition que l'animal soit maintenu à

une température au-dessus de 30° ; maintenu à la température de 20°, le sang de ces animaux se débarrasse de la toxine au bout de quelque temps, mais au bout d'un mois, le sérum ne présentait pas encore de propriétés antitétaniques. Il est regrettable qu'on n'aie pas recherché cette propriété au bout de deux mois comme chez le jeune alligator. Cette expérience est donc incomplète. (*Loco cit.*)

Les phénomènes qui se produisent chez les poules et les jeunes caïmans après inoculation de culture de tétanos démontrent bien, que le sérum immunisant résultant de ces expériences est produit par le travail de l'organisme, puisqu'il ne commence à apparaître dans le sang de ces animaux que quand depuis longtemps déjà les toxines ont été éliminées.

Voici maintenant d'autres faits qui démontrent que certains animaux à sang froid conservent pendant des mois des toxines tétaniques dans leur sang sans produire jamais un sérum curatif.

Des animaux à sang froid, comme la tortue, sont insensibles à la toxine du tétanos ; ils conservent cette toxine dans leur sang pendant des mois, sans que jamais leur sérum acquière des propriétés immunisantes ou thérapeutiques contre le tétanos.

Il résulte des dernières expérimentations de Metchnikoff que chez les animaux inférieurs et naturellement immunisés contre le tétanos, le *scorpion*, par exemple, et les larves de l'*oryctes nasicornis*, la toxine tétanique reste sans effet sur ces organismes.

Cette toxine est éliminée du sang en quelques jours par le scorpion et renfermée dans son foie ; mais chez la larve de l'oryctes elle reste dans le sang pendant plusieurs mois sans qu'il se produise jamais un sérum curatif.

Nous allons maintenant rapporter d'autres expériences qui démontrent que la propriété vaccinante et curative peut exister isolément dans les sérums Ainsi, « le sang des lapins rendus réfractaires au tétanos par des inoculations répétées de culture vivante, additionnée d'acide lactique sous la peau de la queue ou du tronc, ne présente généralement pas de propriétés anti-toxiques (curatives) appréciables » (Vaillard, *Annales de Pasteur*, 1892, p. 230).

Le sérum d'anguilles chauffé à 58° pendant quinze minutes ou le même sérum non chauffé, mais à faible dose et dilué dans l'eau détermine un peu d'hypothermie et de somnolence chez le cobaye, mais ces animaux se rétablissent et acquièrent une immunité qui persiste encore au bout de trois jours. Mais ce sérum qui confère l'immunité n'a aucune action curative (Wehrmann, *Annales de Pasteur*, 1897, p. 827).

Voici maintenant une autre expérience qui démontre que chez un animal auquel on a conféré une immunité absolue et dont le sérum jouit de propriétés curatives contre le tétanos, l'immunité persiste pendant deux ans, tandis que le pouvoir curatif diminue à partir du huitième mois.

Si on immunise un lapin par des doses massives de culture de tétanos filtrée, chauffées à des températures progressivement décroissantes 60°, 55°, 50°; puis des quantités graduellement croissantes de culture filtrée dont la toxicité est entière, on détermine une immunité absolue et on confère au sang des propriétés curatives contre le tétanos. L'immunité est durable, elle persiste pendant des années (deux ans), mais le pouvoir curatif décroît à partir du huitième mois. (Vaillard *loc. cit.* p. 225). De ces faits il résulte qu'on ne peut pas identifier

l'immunité et la vertu curative du sang d'animaux inoculés, puisque d'une part l'immunité peut exister seule et sans aucune propriété curative et que, d'autre part, elle peut persister alors que la vertu curative a complètement disparue.

Ajoutons que chez les animaux jouissant de l'immunité naturelle contre le tétanos, mais qui peuvent produire un sérum curatif, le sang et les liquides lymphatiques sont les seuls organes qui contiennent et la toxine et l'anti-toxine. Les viscères, les muscles, la moëlle des os ne contiennent ni l'une ni l'autre de ces deux substances. Si maintenant on veut bien se rappeler que l'immunité conférée par les vaccins ne commence à se manifester qu'au bout de quelques jours et n'acquiert toute sa puissance que le quatorzième jour, alors que toute la matière vaccinante est éliminée, ne trouvera-t-on pas logique la conclusion du professeur Bouchard qui considère l'immunité acquise, non comme le résultat d'action chimique, mais comme un résultat des modifications subies par la cellule vivante sous l'influence du vaccin.

Ne pourrait-on pas considérer comme de même nature, les modifications subies par le sérum sanguin, modifications d'où résultent des propriétés curatives.

Le venin des serpents et le principe actif de certaines graînes, comme le Jequirity et le Ricin, ont des propriétés tout à fait comparables à celles des microbes et de leur toxine, et on peut, en usant d'une certaine technique, préparer des sérums d'animaux doués de propriétés préventives et curatives vis-à vis des actions nocives de ces substances. Il nous a semblé intéressant de rapporter ces faits qui sont régis par les mêmes lois que les toxines.

Le sang des serpents venimeux ou non et celui des

anguilles contiennent des poisons analogues au venin et servent aussi à préparer les sérums vaccinants et thérapeutiques.

Ces venins et ces poisons présentent, avons-nous dit, de nombreuses analogies avec les toxines microbiennes, mais elles présentent aussi des différences. Aussi leur étude complètera nos connaissances sur ce point de vaccination et de sérumthérapie.

M. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, est arrivé en inoculant graduellement à des chevaux un mélange de venin des espèces tropicales les plus dangereuses, à obtenir un sérum doué de propriétés immunisantes et thérapeutiques contre les venins.

En collaboration avec M. Delarde, M. Calmette a fait sur l'*abrine*, principe actif du Jéquirity, des expériences qui montrent que ce poison est tout à fait comparable aux toxines microbiennes.

Un certain nombre d'animaux jouissent d'une immunité naturelle pour l'abrine, (la grenouille, la tortue, le hérisson et la poule). La tortue et la grenouille conservent dans leurs vaisseaux l'abrine qu'on leur a injecté sans jamais produire de sérum préventif ou curatif. La poule, au contraire, produit au bout d'un certain temps un sérum qui a la propriété d'immuniser et de guérir les animaux contre l'abrine. Ce sont là des phénomènes analogues à ceux que nous avons déjà étudiés pour les toxines microbiennes. Mais en dehors de cette action commune, les sérums anti-venimeux et anti-abrique jouissent de propriétés locales spéciales fort remarquables et sur lesquelles nous allons nous arrêter un instant.

Rappelons d'abord que le Jequirity et son principe actif provoquent à toutes petites doses par leur application

locale une violente suppuration de la conjonctive et même sa mortification.

Si on instille entre les paupières d'un lapin quelques gouttes de sérum anti-abrique et puis qu'on lave l'œil avec de l'eau stérilisée; un quart d'heure après, on peut instiller dans le même œil deux gouttes d'une solution d'abrine au 1/100 sans produire aucun effet, tandis que cette dose détermine la suppuration de l'œil chez un lapin témoin.

Autre expérience. Si chez un lapin on détermine une ophtalmie purulente avec l'abrine, on guérit cette inflammation, même quarante-huit heures après son début, en instillant dans l'œil malade deux gouttes de sérum anti-abrique.

Les venins et le sérum anti-venimeux ont la même action locale.

Remarquons encore que d'autres sérums confèrent l'immunité contre l'abrine et en particulier le sérum anti-cholérique et le sérum anti-charbonneux. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1896).

Dans le même ordre d'idées nous ferons remarquer que le sérum anti-diphtéritique a une action préventive vis-à-vis du sérum d'Anguille (*Annales de Pasteur*, 1897 p. 821) et que le sérum de lapin immunisé contre l'action toxique du sérum d'anguille jouit de propriétés préventives et curatives, non seulement à l'égard du sérum d'anguilles, mais encore du sérum et du venin de la vipère.

D'où il faut conclure que non seulement les substances analogues, comme le sérum d'anguille, le sérum de vipère et le venin de la vipère, mais encore que des sérums absolument différents comme l'anti-cholérique, l'anti-charbonneux et l'anti-diphtéritique jouissent de pro-

priétés immunisantes et thérapeutiques pour des états pathologiques tout à fait différents. D'où conclut Warhmann « que la notion de spécificité des sérums antitoxiques et des toxines est loin d'être aussi étroite qu'on l'avait cru dans ces derniers temps » (*loc. cit.* p. 828).

Nous pouvons maintenant aborder l'examen des diverses hypothèses, qui ont été données pour expliquer l'action des vaccins et des sérums curatifs.

Cette action est-elle anti-dotaire? Les sérums et les vaccins sont-ils des anti-toxiques chimiques ou physiologiques. L'explication chimique des propriétés immunisantes et curatives des sérums est abandonnée depuis longtemps. Les expériences d'inoculation de culture de tétanos sur la poule et les jeunes caïmans; l'action vaccinante des cultures microbiennes atteignant son apogée seulement le quatorzième jour après son inoculation, ne permettent point d'attribuer à une substance chimique depuis longtemps éliminée de l'organisme une action quelconque.

Les sérums et les vaccins sont-ils donc des agents physiologiques.

Assurément! L'étude des changements qui se produisent dans le sang d'un animal inoculé avec des cultures pures de microbe, démontrent péremptoirement que les sérums thérapeutiques sont dûs à une élaboration de l'organisme. Mais leur action est-elle anti-dotaire ou agissent-ils suivant la loi des semblables? Monsieur Arloing va répondre pour nous.

Monsieur Arloing de Lyon a communiqué au congrès de Médecine interne, siégeant en ce moment à Montpellier, une étude comparative sur les effets physiologiques de la toxine et de l'antitoxine diphtérique.

Cette étude a porté exclusivement sur l'accélération de la respiration et de la circulation et sur la pression artérielle. Il résulte de ces expériences que la toxine et le sérum antitoxique diphtérique modifie ces fonctions dans le même sens sauf quelques légères variantes. Tous deux augmentent le nombre des respirations et des pulsations et font baisser la pression artérielle avec cette variante que la toxine accélère davantage le pouls et l'antitoxine la respiration. Cette dernière provoque aussi une chute plus grande de la pression sanguine. M. Arloing conclut judicieusement :

« L'action neutralisante exercée par le sérum antidiphtérique ne tient donc pas à l'existence d'effets physiologiques opposés à ceux de la toxine. Bien plus, si le sérum est introduit dans l'organisme lorsque la toxine a déjà développé une partie de ses effets, l'action propre du premier s'ajoute à celle de la seconde et précipite le dénouement fatal ».

Monsieur Arloing ajoute avec juste raison : « On ne peut pas comparer cette action à l'antagonisme vrai ou faux tel qu'on le comprend en thérapeutique générale, elle se rattacherait plutot à l'action synergique des médicaments. »

Monsieur Arloing eut été plus clair et en même temps plus vrai, s'il eut dit que l'action curative des sérums appelés antitoxiques était régie par la loi des semblables et non par la loi des contraires.

Il faudra donc répéter à satiété cet enseignement d'Hippocrate. Le médicament qui donne la strangurie à celui qui ne l'a pas, la guérit chez celui qui l'a; le médicament qui donne une maladie guérit cette maladie; or, l'anti-

toxine, n'étant qu'une toxine atténuée, guérit la maladie causée par la toxine. *Similia similibus curantur*,

Il est dur aux thérapeutistes de l'école de Galien d'accepter la loi des semblables ; ils se cramponnent à son axiome : *sublata causa, tollitur effectus* ; ils regimbent contre l'aiguillon de la vérité mais, Pasteur aidant, il faudra bien qu'ils se soumettent.

Dr P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIE DE L'ANTIPYRINE

IV. *Emploi thérapeutique.*

Nous devons considérer l'antipyrine à deux points de vue absolument différents, soit qu'on l'emploie comme *palliatif*, en recherchant son action physiologique et en l'administrant à fortes doses; soit qu'on s'en serve suivant ses indications d'après la loi de similitude, comme médicament homœopathique.

A. *L'antipyrine employée comme médicament palliatif.* — L'antipyrine est certainement le médicament qu'on emploie le plus souvent, je dirais même à tort et à travers, contre toutes les douleurs de quelque nature qu'elles soient Les abus même de cette pratique nous ont rendu service à nous autres homœopathes en nous permettant de recueillir un grand nombre de symptômes pathogénétiques de cette drogue.

Lorsqu'on emploi l'antipyrine comme palliatif, on met en usage son action physiologique, connue par l'usus in morbis, qui est de diminuer les douleurs ; cette action est ordinairement extrêmement rapide et le plus souvent se manifeste au bout de quelques minutes. On comprendra sans peine combien les malades atteints de douleurs intenses et même souvent les médecins qui les soignent sont portés à user et à abuser de ce médicament.

Il faut distinguer dans les douleurs, deux cas très différents : tantôt il s'agit d'affections dont la période douloureuse a peu de durée, *coliques hépatiques*, *coliques néphrétiques*, *migraines*, *névralgies faciales* ou autres récentes, *dysménorrhées*, etc. ; dans ces cas l'emploi de l'antipyrine produit sur la crise douloureuse un effet rapide, merveilleux, et la supprime ; son emploi nous paraît légitime lorsque la douleur est très intense ; mais il faut faire remarquer qu'à part les névralgies où l'effet palliatif peut supprimer quelquefois la maladie et en amener la guérison, dans la plupart des autres cas, l'antipyrine n'agit que sur la crise, que la maladie persiste, et qu'elle demande alors d'autres traitements si l'on veut arriver à la guérison.

D'autre fois, ou se trouve en présence d'affections douloureuses de durée plus longue, *rhumatisme articulaire*, *névralgies anciennes ou rebelles*, *douleurs fulgurantes de l'ataxie*, etc.; dans des cas l'emploi de l'antipyrine n'est pas aussi bien indiqué, parce que le médicament produit bien une atténuation momentanée des symptômes, mais on est obligé de répéter le médicament, d'augmenter la dose et le plus souvent on arrive à produire quelques-uns des accidents de ce médicament (urticaire, troubles gastriques, vertiges, collapsus, etc.) et on est obligé de l'aban-

donner. Même dans les affections douloureuses de courte durée dont nous parlions ci-dessus, chez quelques personnes très susceptibles, l'antipyrine produit des accidents et ne peut être tolérée.

Un des autres effets de l'antipyrine qu'on peut employer comme traitement palliatif est son action sur la température fébrile : l'antipyrine diminue la température fébrile de plusieurs degrès et cela souvent très rapidement. On pourra donc se servir de l'antipyrine dans deux cas;

1° Lorsque la maladie qu'on aura à traiter de quelque nature qu'elle soit, met en danger les jours du malade par l'hyperthermie (*scarlatine* au début, *accès pernicieux* de la fièvre intermittente ou dans le cours d'une autre maladie aiguë, etc.); dans ce cas on doit combattre l'hyperthermie par un moyen agissant rapidement, et il n'y a guère que le bain froid ou l'antipyrine qui puisse remplir cette indication rapide.

2° Pour prévenir le retour d'un mouvement fébrile intermittent, soit dans la fièvre paludéenne, soit dans une autre maladie, lorsqu'il résiste au sulfate de quinine.

B. *L'antipyrine employée comme médicament homœopathique, d'après la loi des semblables.* — Un certain nombre d'affections paraissent pouvoir être modifiées par l'antipyrine administrée en dilution ou à petites doses de substances ; mais ce ne sont là que des indications, l'expérience clinique devra prononcer sur la valeur du médicament.

Epilepsie. — L'antipyrine a dans une de nos observa-

tions produit des symptômes très voisins de la crise d'épilepsie : « Accès souvent précédés d'un cri, s'accompagnant de morsure de la langue, se terminant par un stertor prolongé ; les convulsions, d'abord toniques, débutent par la commissure labiale droite, et par une déviation conjuguée des yeux ; tantôt elles se généralisent, tantôt restent limitées au côté droit. » Telles sont les indications qui permettent de l'essayer dans le traitement de l'épilepsie, et surtout de l'épilepsie Jacksonnienne.

Eclampsie infantile. — Convulsions générales avec vomissements et spasmes laryngés.

Neurasthénie. — « Nausées, vomissements, anorexie, pâleur, petitesse du pouls, dépression générale obligeant au décubitus, céphalalgie intense avec étourdissements. Cet état de dépression peut alterner avec des périodes d'excitation : mouvements continuels, loquacité et irascibilité. »

Collapsus et prostration des forces. — La prostration des forces est un des symptômes les plus marqués de l'antipyrine ; elle peut aller jusqu'au collapsus ; elle peut s'accompagner de sueurs profuses, de lipothymies, de cyanose. Le Dr Bhaduri a employé l'antipyrine à la 6e décimale dans le collapsus du choléra, des fièvres et de la diphtérie, lorsque carbo vegetalis avait échoué (1).

Affections de la peau. — L'antipyrine est indiqué dans presque toutes les affections de la peau, lorsqu'elles s'accompagnent de prurit.

L'*urticaire* est celle où il paraît le plus indiqué, surtout

---

(1) *The homœop. World.*, fév. 1898.

dans les formes violentes, avec prurit intense et gonflement de la peau.

On pourrait aussi l'employer dans l'*eczéma*, les *érythèmes polymorphes*.

Fièvres éruptives. — La *rougeole* et la *scarlatine* sont parmi les maladies où on pourrait l'employer, car il y a un grand nombre de symptômes qui l'indiquent principalement dans la rougeole. Mais nous avons déjà beaucoup de médicaments employés dans ces deux maladies.

Rougeole. — Coryza fluent, avec éternuements violents, larmoiement et injection des conjonctives ; exanthème rubéolique, suivi d'une desquamation furfuracée.

Scarlatine. — Angine avec taches blanches, érythème scarlatiniforme avec desquamation.

Stomatite ulcéro-membraneuse. — L'antipyrine paraît très indiquée dans ce cas : gonflement, cuisson et fourmillement des gencives et du voile du palais ; ulcérations douloureuses des lèvres et de la langue ; salivation.

Amygdalite. — Inflammation et gonflement de l'amygdale gauche ; fausses membranes ; douleur en avalant, expectoration de pus fétide.

Mode d'administration et doses. — Lorsqu'on veut obtenir l'effet palliatif, on doit administrer une forte dose, 50 centigrammes à la fois dans un cachet, et l'on donnera de 2 à 4 cachets par jour.

Contre la douleur, on donnera 1 cachet tous les quarts d'heure jusqu'au calme.

Cependant contre les douleurs très violentes (coliques hépatiques, coliques néphrétiques, règles douloureuses, etc.), je me suis très bien trouvé d'associer à l'antipyrine le

chloral et le laudanum, et d'administrer ces médicaments en lavement.

Antipyrine.	1 gramme.
Hydrate de chloral.	1 —
Laudanum de Sydenham. .	X gouttes.
Eau distillée. . . . . . . , .	60 grammes.

M. S. A. pour un lavement
à prendre en une fois mélangé à 1/2 verre d'eau chaude, après avoir pris et rendu un grand lavement.

Contre l'hyperthermie on donne 1 à 2 grammes d'antipyrine, par cachet de 0,50 à 1/2 heure de distance;

Si on veut empêcher le retour d'un accès de fièvre, on administre deux cachets de 0,50 une heure avant le retour présumé de l'accès.

Pour donner l'antipyrine comme médicament curatif, suivant la loi de similitude, dans les diverses affections que nous avons signalées, il faudra employer des dilutions, 12^e, 6^e, 3^e, 1re dilution centésimale, 1 dilution décimale. Nous ne pouvons pas donner d'autres renseignements aujourd'hui, l'expérience au lit du malade pourra seule nous apprendre quelle est la dose la plus favorable. Le D^r Bhaduri s'est bien trouvé dans le collapsus de la 6^e dilution décimale (3^e centésimale).

D^r Marc Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'APPENDICITE ET DE SES THÉORIES.

Quand mon ami et ancien collègue Bernutz décrivit la pelvi-péritonite, ce fut un grand progrès sur l'histoire du phlegmon péri-utérin ; mais quand, grâce à l'asepsie chirurgicale, les opérations sur l'abdomen se multiplièrent, on reconnut bien vite que l'inflammation de la trompe précédait presque toujours l'inflammation du péritoine et la salpingite remplaça la pelvi-péritonite. Ce fut encore un progrès.

La question des inflammations du cœcum et de son appendice a passé par des phases analogues. Les interventions chirurgicales de plus en plus fréquentes démontrèrent qu'en dehors de la tuberculose et de la fièvre typhoïde, la typhlite était chose rare et l'inflammation de l'appendice, l'appendicite, est aujourd'hui considérée par les uns comme devant remplacer constamment, et par les autres, comme devant remplacer souvent l'histoire de la typhlite.

L'esprit médical toujours porté aux hypothèses n'a pas manqué de produire de nombreuses théories sur l'appendicite et sa pathogénie. Celle de Dieulafoy est certainement celle qui a eu le plus de retentissement; aussi allons-nous nous occuper d'elle tout d'abord.

Cette théorie a sur toutes les autres un grand avantage ; elle est claire, elle ne laisse de place ni au doute ni à l'inconnu. L'auteur commence par supprimer absolument

la typhlite et la pérityphlite. S'il est obligé d'admettre qu'il y a des autopsies avec inflammation et ulcération du cæcum, en dehors de la fièvre typhoïde et de la tuberculose, il ne les admet que comme des complications de l'inflammation d'un appendice occupant la face postérieure du cæcum.

Au point de vue de l'anatomie, il adopte, en l'exagérant encore, l'opinion de M. Tuffier. Il professe que le cæcum est entouré de toutes parts par le péritoine, qu'on peut le contourner avec la main comme on contourne la pointe du cœur. Pour lui les enseignements de Desault, de Bichat, de Cloquet et de Cruveilhier sont des erreurs. Les faits de fusion de gaz et de matières fécales dans le tissu conjonctif de l'abdomen et du dos sont des illusions et les méthodes chirurgicales basées sur le rapport immédiat d'une portion du cæcum avec la fosse iliaque ne reposent que sur des faits inexactement observés. M. Dieulafoy ne distingue point entre le cæcum en état de vacuité et en état de plénitude et entre le cæcum d'enfant et le cæcum d'adulte. Or c'est surtout chez les enfants que le cæcum est entouré de toutes parts par le péritoine. Cette disposition devient plus rare chez les adultes et M. Tuffier cite 9 sujets qui avaient le tiers supérieur et postérieur du cæcum dépourvu de séreuse.

Que l'appendicite soit calculeuse ou simplement catarrhale, elle est toujours due à l'occlusion du canal de l'appendice qui transforme cet organe en cavité close. Cette occlusion, d'après Dieulafoy, a pour résultat d'exalter la virulence du coli bacille, d'en augmenter considérablement le nombre et de lui donner une force d'expansion qui lui fait traverser les parois de cette cavité close et déterminer suivant sa virulence une péritonite infec-

tieuse et généralisée, ou une péritonite suppurée circonscrite; dans certains cas, cette virulence est si considérable qu'elle détermine dans le foie une multitude de petits abcès, et cet ensemble de symptômes *décrits dans les temps préhistoriques* sous le nom d'abcès métastatiques, de phlébites et de diathèse purulente.

Dieulafoy appuie ces explications sur les expériences de Klecki à propos de la virulence du bacille coli, expériences publiées dans les annales du Pasteur.

La conclusion de Dieulafoy, c'est que l'appendicite étant toujours une maladie infectieuse dont il n'est pas possible de mesurer la virulence, l'opération s'impose et doit être pratiquée dès que le diagnostic a été posé.

Nous démontrerons la fausseté de cette théorie, dont nous n'aurions peut-être pas pris la peine de parler si dans la pratique elle n'augmentait pas considérablement la responsabilité médicale.

Entre l'affirmation absolue de M. Dieulafoy de la nécessité constante d'opérer les appendicites et les faits si nombreux que possèdent les médecins et même beaucoup de chirurgiens de guérison d'appendicites par le traitement médical, le médecin se trouve dans une situation difficile. S'il traite l'appendicite par des moyens médicaux et s'il la traite sans succès, le public, vaguement au courant de la question par les racontars de certains journaux politiques et par les conversations qui se tiennent autour de lui, rend le médecin responsable du retard de l'opération. Et s'il opère dès le début, aussitôt le diagnostic fait, il expose son malade à un danger qu'il pouvait lui éviter; il se place en dehors de cette loi suprême de la chirurgie qui défend d'opérer sans une indication positive.

Nous avons dit que la théorie de Dieulafoy était fausse.

Nous allons le démontrer. Commençons par le côté expérimental et voyons la véritable signification du travail de Klecki.

Le bacillus coli a une physionomie à lui. Presque constamment inoffensif et saprophyte, il reste silencieux dans l'intestin, son lieu d'habitation ordinaire ; mais que la membrane muqueuse intestinale devienne le siège d'une inflammation, ce bacille, tout à l'heure inoffensif, devient virulent ; en même temps que cette virulence s'exalte, il se multiplie considérablement, acquiert une force d'expansion qui lui était inconnue, pénètre dans les vaisseaux de l'intestin ou traverse ses tuniques et devient l'instrument d'inflammations dans les parties du corps où il pénètre : méningite, otite, pneumonie, endocardite, péritonite, mais c'est particulièrement dans la sphère génito-urinaire que le bacille coli devenu pathogène aime à se fixer ; et c'est lui qui se retrouve dans les lésions de la fièvre urinaire. Le Dr de Klecki connaissait parfaitement l'action de l'entérite sur la virulence du bacillus coli ; aussi pour étudier l'action de ce bacille sur la production de la péritonite, il a étranglé une anse intestinale à l'aide d'un lien de caoutchouc, et produit ainsi une entérite localisée.

M. de Klecki n'explique pas la virulence exaltée du bacillus coli par le phénomène de l'occlusion, comme le lui fait dire M. Dieulafoy, mais bien par l'inflammation, inflammation qui exerce sur le bacille coli emprisonné la même influence qu'elle exerce sur le bacille libre dans l'intestin, au cours d'une entérite.

Voici des détails techniques qui font bien comprendre la portée et le sens des expériences de M. de Klecki.

M. Klecki a fait 10 expériences. Dans les deux premières, après avoir produit l'étranglement de l'intestin,

l'opérateur fit la ligature supplémentaire des vaisseaux mésentériques, de manière à produire l'anémie des parois intestinales. Dans ces premiers cas, le microbe se multipliait peu et n'augmentait pas de virulence « dans ces deux cas, la virulence du microbe retiré de l'anse pathologique était un peu inférieure à celle du même microbe retiré de la même anse à l'état normal » (*Annales de Pasteur*, tome IX, page 721).

Mais dans les huit autres cas où on n'avait pas pratiqué la ligature des vaisseaux, il existait un état inflammatoire de la paroi de l'anse étranglée, et la virulence du coli bacille était exaltée.

Il est inutile de multiplier ces citations, le travail du Dr Klecki prouve que l'inflammation produite artificiellement par l'étranglement d'une anse intestinale exalte la virulence du coli bacille, comme l'inflammation pathologique de l'intestin augmente cette virulence.

La théorie de M. Dieulafoy, d'après laquelle le bacillum coli s'irrite, s'exalte et se multiplie par ce seul fait qu'il est enfermé, est un pur roman.

Revenant à la partie pathologique, nous en appellerons du décret de M. Dieulafoy, qui supprime absolument la typhlite et la pérityphlite. « La typhlite vraie existe, et l'on peut affirmer qu'elle n'est pas extrêmement rare, son existence est démontrée par des observations cliniques et anatomiques indiscutables, et il est impossible de ne pas lui conserver sa place à côté de l'appendicite, dans une étude d'ensemble de phlegmasie cæcale. » (*Traité de médecine*, tome III, page 469.)

La typhlite se distingue de l'appendicite par son début beaucoup plus lent, par des douleurs moindres, par la formation d'une tumeur arrondie à son extrémité infé-

rieure, se continuant en haut avec le colon ; la typhlite peut se compliquer d'abcès ; ces abcès constituent habituellement des péritonites localisées, mais chez les sujets dont le cæcum est en rapport directement avec la fosse iliaque, la pérityphlite suppurée est un vrai phlegmon. L'anatomie pathologique a permis de constater, fort rarement il est vrai, des ulcérations du cæcum communiquant avec l'abcès extérieur. Quoi qu'en dise M. Dieulafoy, ces perforations ont été constatées en dehors de toute complication d'appendicite.

La guérison de la typhlite et de l'appendicite par des moyens médicaux est hors de contestation. Une statistique rapportée à la Société médicale des hôpitaux (1895), par M. Albert Mathieu. donne les chiffres suivants :

Güttmann 4 décès sur 96 cas.

Hollander 0 décès sur 80 cas.

Renvers, mortalité 3 à 4 p. 100.

Lœden, 95 p. 100 de guérison sans opération.

Fürbrenger, 12 décès sur 120 cas.

Ce qui donne une moyenne de 5 p. 100 environ.

Les statistiques chirurgicales donnent un grand nombre de morts. Richardson de Boston sur 168 cas est intervenu 91 fois et a eu 42 morts. « Ces chiffres, ajoute Albert Mathieu, ne sont guère favorables à la grande fréquence de l'opération. »

Nous avons démontré que la théorie de l'appendicite présentée par M. Dieulafoy était fausse ; que c'est à tort qu'il a voulu rayer la typhlite du cadre nosologique mais surtout qu'il s'est trompé lourdement en enseignant que le traitement médical de l'appendicite était nul et que l'opération était indiquée dès que le diagnostic était certain.

Il y a donc un traitement médical de l'appendicite et nous allons rapporter une observation dans lequel il a été suivi de succès.

La marquise de L..., âgée de 79 ans, encore fort bien conservée et d'une activité intellectuelle absolument intacte, mène une vie sédentaire. Elle est atteinte depuis plusieurs années d'une affection intestinale caractérisée par une diarrhée facile. Sa santé néanmoins se maintient grâce à un traitement et surtout à un régime fort sévère. Le 7 avril 1898, elle fut prise subitement de douleurs abdominales violentes avec vomissements bilieux abondants, un peu de diarrhée et un sentiment marqué de lipothymie.

Le lendemain, la douleur était localisée dans la fosse iliaque droite sur une ligne étendue de l'apophyse antérieure de l'os des iles à l'ombilic. La douleur était tellement vive que la palpation était impossible.

Le 13 avril, septième jour de la maladie. Il se produit une amélioration très notable, sous l'influence de Belladone, première trituration décimale, 25 centigrammes, alternée avec Bryone à la même dose (ces doses représentent 25 milligrammes de substance). Les vomissements cessèrent dès le premier jour; des selles régulières et moulées s'établirent et la douleur diminua beaucoup d'intensité. Je pus à ce moment distinguer au point d'élection une petite tumeur piriforme et du volume d'un œuf de pigeon.

L'amélioration se continua lentement, la malade complètement immobilisée était soumise à un régime alimentaire liquide et demi-liquide, mais il restait toujours une certaine douleur dans la fosse iliaque droite. Cette douleur augmentait par la pression et par le mouvement.

Ces symptômes de douleur s'amendèrent progressivement, se montrèrent pour la dernière fois d'une manière très vive vers la fin de la troisième semaine et immédiatement après un lavement donné pour faciliter les selles.

Le vingt et unième jour, après avoir pris l'avis d'un chirurgien, le professeur Berger, dont la compétence est incontestable, et qui constata la disparition complète de la lésion, la malade commença à se lever et reprit peu à peu ses occupations.

Nous terminerons ce travail par la question chirurgicale.

Rappelons d'abord qu'un médecin ne peut légitimement prescrire un médicament et un chirurgien décider une opération que quand ce médicament ou cette opération sont indiqués.

Qu'est-ce donc qu'une indication?

L'indication est *la nécessité évidente d'une action déterminée.*

Appliquant cette formule à la question de l'appendicite nous dirons que l'intervention chirurgicale doit être justifiée par une nécessité évidente; or cette nécessité évidente existe :

1° Quand on constate les signes de péritonite.

2° Quand il existe une collection purulente.

3° Enfin dans l'appendicite à rechute :

Dans ce dernier cas, l'opération se fait entre deux attaques et, comme on dit, *à froid.*

En résumé, la juste notion de l'inflammation de l'appendice et de son rôle dans les affections de la fosse iliaque constitue un véritable progrès, mais il est inutile d'encombrer cette histoire de l'appendicite d'explications

fantaisistes; et il est regrettable qu'un homme de la notoriété de M. Dieulafoy veuille imposer le traitement chirurgical dans tous les cas d'appendicite. M. Dieulafoy a tort de prescrire ainsi, *d'un cœur léger*, l'intervention chirurgicale qui, encore une fois, n'est légitime que quand elle est indiquée.

Nous avons la bonne fortune de trouver dans la *Semaine médicale* du 11 mai un travail du Dr Reclus sur le traitement de l'appendicite. Les conclusions de ce travail, que nous reproduisons ici, confirment avec une autorité qui nous manque les indications que nous avons données, de l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'appendicite.

« Permettez-moi de résumer en quelques mots cette trop longue discussion. Dans les appendicites avec péronite généralisée, il faut intervenir. Non pas que les chances soient nombreuses de sauver l'opéré, mais comme il y a eu quelques succès indiscutables et que, d'autre part, le malade, abandonné à lui-même, est perdu sans conteste, le mieux est de tenter cet unique moyen de salut.

Dans les appendicites à foyer localisé, il faut intervenir si la tuméfaction s'accroît ou reste stationnaire; si les symptômes locaux et généraux s'amendent, si vraiment une recrudescence nouvelle ne paraît pas à craindre, on pourrait, à la rigueur, attendre et n'opérer qu'au bout de un mois et demi à deux mois, de façon à réséquer l'appendice et fermer le ventre par une suture solide. Mais n'oublions pas les dangers redoutables auxquels cette pratique expose le patient.

Dans les appendicites à répétitions il faut intervenir, je ne dis pas, à la première crise, si celle-ci a été légère et a disparu sans laisser de trace, mais dès la deuxième ou la

troisième : ces alertes nous prouvent en effet l'existence, dans la cavité ou dans la paroi, de foyers microbiens aptes à provoquer sans cesse une attaque nouvelle, et dont on ne saurait à l'avance mesurer la gravité. »

D[r] P. Jousset.

Coliques pancréatiques avec diabète temporaire

Nous empruntons à la *Médecine moderne* (1) la traduction d'une observation de M. Poliakoff (de Moscou) qui nous paraît très intéressante (2).

Il s'agit d'un homme de 28 ans, sans aucun antécédent pathologique et jouissant toujours d'une très bonne santé qui fut pris il y a dix semaines, sans cause apparente, de douleurs violentes à l'épigastre, se propageant le long du rebord costal gauche vers la colonne vertébrale et s'irradiant à l'omoplate gauche. En l'espace de 3 semaines, ces accès se répétèrent 5 fois, s'accompagnant de vomissements, et depuis, il resta toujours une douleur obtuse et une sensation de pesanteur à la partie supérieure de l'abdomen. Les selles étaient normales.

Presque aussitôt après ses accès, le malade remarqua qu'il avait beaucoup maigri, il devint très faible et l'appétit augmenta à tel point que le patient était toujours obligé de ne jamais sortir sans avoir sur lui du pain et de la viande; la polydypsie était également très marquée.

A l'examen du malade (fait avec le professeur Sakha-

(1) 6 avril 1898

(2) *Berl. Kl. Woch.* 1898. n° 10

rine), l'auteur constata en premier lieu une légère polyurie (3 l. 500) et une glycosurie très prononcée. Les reins n'étaient pas sensibles à la pression; le foie était normal et la pression des voies biliaires n'était pas douloureuse. Mais l'exploration de l'épigastre, au niveau duquel le malade éprouvait toujours une douleur obtuse spontanée, démontra que vers le milieu de la ligne allant de la vésicule biliaire à l'ombilic, il existait un point très douloureux à la pression. Pas de tumeur. Rien dans les viscères thoraciques. Réflexes normaux. Selles normales. On trouvait donc de l'amaigrissement, de la polydypsie, de la polyphagie très marquée, de la faiblesse générale et de la glycosurie, c'est-à-dire le complexus du diabète. Quant aux accès paroxystiques ayant pour siège la partie supérieur de l'épigastre, avec l'irradiation que nous avons déjà écrite, ils faisaient penser à la colique pancréatique. Et comme le complexus diabétique s'est très manifestement développé à la suite de ces coliques, il était logique de voir en ces dernières la cause du diabète.

Le malade fut soumis au régime approprié; lorsqu'il vint voir, un mois plus tard, M. Poliakof, celui-ci ne trouva plus que des traces de sucre dans les urines, la sensibilité particulière à la pression avait disparu complétement et le malade dit avoir beaucoup moins de polydypsie et de polyphagie; les forces avaient augmenté; les coliques ne revinrent plus. Enfin, peu de temps après tous les troubles disparurent définitivement et la santé redevint parfaite, ainsi que l'auteur a pu s'en convaincre en examinant ce jeune homme à plusieurs reprises au cours de l'année suivante.

Le diabète était donc, dans ces cas, passager et très manifestement lié aux crises de colique pancréatique :

survenu à la suite de ces crises, il cessa avec l'aide d'un régime dès que ces coliques disparurent. Ce cas semble donc affirmer l'opinion émise par Nimier (1), à savoir que les calculs, qu'on trouve assez souvent à l'autopsie des diabétiques avec pancréas altéré, ne constituent pas la cause essentielle du diabète, mais que tout le rôle advient bien à la sclérose et à la destruction du tissu glandulaire. Qu'il en soit ainsi dans la majorité des cas, celà est probable et possible, mais le cas de M. Poliakoff démontre bien qu'une simple obstruction des voies pancréatiques peut aussi provoquer le diabète, et ce qui prouve que dans ce cas le pancréas n'a pas été sérieusement atteint, c'est que la durée n'en fut pas longue et qu'avec la cessation de la colique tout rentra dans l'ordre et que le sujet recouvra complètement la santé. Le diabète n'était en somme dans ce cas que le résultat d'un trouble fonctionnel.

Plusieurs auteurs se sont occupés de la question du diagnostic possible des coliques pancréatiques. Friedreich (2) ne croit pas que ce diagnostic soit possible et il ne pense pas qu'on puisse faire le diagnostic entre les coliques pancréatique et hépatique. Cependant il existe quelques observations où ce diagnostic a été fait. Ainsi Lichtheim (3) a publié un cas où ce diagnostic fut fait d'après les symptômes suivants : 1° coliques graves, avec douleurs violentes à l'épigastre, vomissement; 2° fièvre, diabète survenu quelques années plus tard, et, 3 diarrhée spéciale assez analogue à stéarrhée pancréatique. Cependant ici le long intervalle entre la colique et le diabète fait plutôt

(1) Rev. de Méd. 1894. p. 754.
(2) Ziemssen's Handb. f. spec. Path. u.Ther.
(3) Berl. kl. Woch. 1894. n° 8.

admettre que celui-ci a eu pour cause une altération sérieuse du tissu glandulaire, la colique n'ayant été qu'un accident. Quand à la diarrhée observée chez le malade de Lichtheim elle n'avait pas précisément les caractères de la stéarrhée vraie, et à la fin il a été démontré que l'aspect laiteux des fèces était dû à la desquamation épithéliale de l'intestin.

Dans une autre observation, d'ailleurs, celle de Minniet, les selles étaient absolument normales, et cependant le diagnostic de colique pancréatique était absolument certain; à ce point de vue, cette observation se rapproche de celle de Poliakoff. Le siège de la douleur était en effet le même dans les deux cas ; quand le paroxysme atteignait son summum, la douleur de l'épigastre s'irradiait vers la colonne vertébrale et l'omoplate gauche. L'accès se terminait pas une sensation de bien être. Mais ce qui donne une valeur particulière à cette observation, c'est qu'on put retrouver dans les selles des calculs pancréatiques assez caractéristiques; il faut cependant ajouter que plus tard, malgré la persistance des coliques, on ne trouva plus de concrétions. Chez le malade de Poliakoff les selles n'ont pu être examinées au point de vue des calculs, mais sur un point l'observation est explicite, c'est que les selles étaient d'aspect absolument normal, ce qui fait éliminer la stéarrhée comme signe diagnostique de la colique pancréatique.

Ce qui serait important, d'après Poliakoff, pour établir le diagnostic entre la colique hépatique et la colique pancréatique, c'est que dans le premier cas, c'est surtout la région de la vésicule, le rebord costal droit et l'omoplate droite qui sont sensibles à l'exploration, tandis que

dans le second cas, c'est la palpation du rebord costal et de l'omoplate gauche qui est douloureuse.

On peut donc dire que ce qui caractérise essentiellement la lithiase pancréatique, c'est l'accès douloureux, à signe particulier et avec irradiations spéciales, accompagné de vomissements. La présence de calculs dans les selles aidera évidemment à poser le diagnostic ; cependant leur absence ne doit pas faire rejeter ce diagnostic, puisque l'on pose bien le diagnostic de colique hépatique d'après le tableau clinique, et en l'absence de calcul dans les selles. Quant à la diarrhée graisseuse au cours de la colique pancréatique, elle ne parait pour le moment rien moins que démontrée. De même le diabète, s'il existe, ne démontre nullement qu'il s'agit de lithiase, puisque d'après Lancereaux, l'obstruction du canal pancréatique n'a été observée que dans 3 cas sur 14 de diabète pancréatique. Néanmoins, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le cas que nous rapportons au début de cet article semble démontrer que le diabète n'a pas besoin d'une désorganisation sérieuse du pancréas, et peut être provoqué par la simple colique, malgré les deux cas de Freyan de diabète consécutif à des calculs du pancréas où à l'autopsie la glande a été trouvée complètement atrophiée. Fleiner croit aussi que les douleurs radialgiques qu'on note chez les diabétiques peuvent tenir aussi bien à l'inflammation du pancréas qu'à la lithiase.

REVUE DE SÉROTHÉRAPIE

Au *neuvième congrès international d'hygiène et de démographie* tenu à Madrid du 10 au 16 avril dernier, on a fait plusieurs communications très intéressantes sur la sérothérapie. Nous avons emprunté une partie de ce compte rendu à la *Semaine médicale.* (16 avril 1898).

Influence favorable du chauffage du sérum antidiphtérique sur les accidents post-sérothérapiques.

M. Spronck (d'Utrecht) rapporte que ce sont les observations de MM. Béclère, Chambon et Saint-Yves Ménard qui lui ont donné l'idée de rechercher l'influence qu'exerce le chauffage du sérum antidiphtérique sur les accidents post-sérothérapiques. Ces expérimentateurs avaient constaté que le sérum de cheval normal peut provoquer dans l'espèce bovine des accidents ayant une ressemblance intime avec l'urticaire, l'érythème morbilliforme et les arthropathies qui dans l'espèce humaine suivent parfois l'injection de sérum de cheval immunisé ou non. Le même sérum qui provoque des accidents, chauffé pendant une heure trois quarts à 58°, n'en produisait plus aucun, notamment point d'éruption cutanée. On en avait conclu à une destruction ou une atténuation des substances nuisibles contenues dans le sérum de cheval.

Le Dr Spronck a fait subir un traitement analogue au sérum antidiphtérique. Voici son procédé :

Le sérum recueilli dans des conditions d'asepsie parfaite et sans l'addition d'aucune substance antiseptique,

est réparti dans des petits flacons d'une capacité de 10 centimètres cubes, fermés avec un bouchon et un capuchon de caoutchouc. Ces flacons sont maintenus pendant vingt minutes à une température qui oscille entre 59 et 59°5.

Le chauffage du sérum a été pratiqué pendant sept mois de 1897 et les deux tiers du sérum délivré cette année là avaient été soumis au chauffage ; voici les résultats statistiques.

En 1895 et 1896, sur 1.365 malades traités avec du sérum non chauffé, 208, soit 15,2 p. 100, ont présenté des accidents post-sérothérapiques.

En 1897, sur 251 malades injectés, des accidents se sont manifestés chez 12 seulement, soit dans 4,7 p. 100 des cas.

On voit par ces chiffres qu'en 1897 le nombre des accidents post-sérothérapiques, qui dépassait auparavant 15 p. 100, n'atteint plus même 5 p. 100. et cependant il n'y avait que les 2/3 du sérum qui avait été chauffé ; l'hôpital de Haarlem, sur 95 malades traités par du sérum chauffé, il n'y eut que 2 cas d'accidents post-sérothérapiques, soit 2,1 p. 100.

L'action curative du sérum chauffé n'est pas inférieure à celle du sérum non chauffé. En 1897, la mortalité fut même moins élevée qu'en 1895 et 1896. A l'hôpital Wilhelmina-Gasthuis, elle atteignait en 1895 et 1896 20,9 p. 100 ; en 1897 elle n'était que de 10,6 p. 100. A l'hôpital de Haarlem, la mortalité s'élevait à 16,1 p. 100 en 1895 et 1896 ; l'année dernière elle était de 15,7 p. 100. Dans ces deux hôpitaux, la mortalité a été de 18.5 p, 100 en 1895 et 1896, de 13,1 p. 100 en 1897.

— —

Sérum antitoxique de la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse expose le résultat de ses recherches sur la sérothérapie de la fièvre typhoïde. Voici le procédé qu'il emploie pour produire une toxine typhoïde soluble : Pour l'obtenir il se sert actuellement d'une solution de peptone de rate qu'il prépare en faisant digérér cet organé dans l'eau acidulée, par la pepsine d'un estomac de porc suivant la méthode de M. Louis Martin, puis il neutralise avant la stérilisation. Dans chaque vase de culture, le liquide est largement exposé au contact de l'air. L'alcalinité légère du début ne disparaît jamais ; elle s'accentue au contraire. Le milieu doit être ensemencé avec un bacille typhique très virulent qui sorte du corps d'un animal, ou mieux, qui n'ait été laissé que vingt-quatre heures dans un sac de collodion enfoui dans le péritoine. Au bout de quarante-huit heures la culture est très abondante et ne répand aucune odeur. Après cinq à six jours la sécrétion de toxine est au maximum et va peu à peu en diminuant. C'est au bouillon filtré qui contient cette toxine soluble qu'il donne le nom de toxine.

C'est au moyen de cette toxine injectée au cheval qu'il produit un sérum antitoxique. Voici ce que dit M. Chantemesse :

Le cheval, eu égard à son poids, présente une sensibilité fort vive et son accoutumance est très lente et très pénible, entremêlée de périodes où la santé de l'animal décline et nécessite l'arrêt du traitement. J'ai injecté des chevaux pendant deux et trois ans consécutifs, une fois par huitaine ou par quinzaine, sans obtenir un degré d'immunisation solide. A chaque nouvelle injection, l'animal

réagit violemment et on ne peut que très lentement augmenter les doses.

Cette toxine persiste longtemps dans le sang du cheval avant d'être modifiée. Deux mois après la dernière injection intraveineuse le sang du cheval est encore légèrement toxique ; il faut attendre davantage pour le voir dépouillé entièrement de toxicité et pour qu'il ne renferme que l'antitoxine.

L'antitoxine avec laquelle j'ai fait les expériences que je vais rapporter provient d'un cheval qui a été immunisé pendant deux ans et qui a reçu dans ce laps de temps sous la peau et dans les veines plus de 6 litres de toxine. Son sérum possède des propriétés préventives et des propriétés thérapeutiques contre l'infection et contre l'intoxication typhique :

Les expériences dont voici le détail sommaire démontrent les propriétés préventives du sérum antitoxique.

Si l'on injecte à des cobayes, qui ont reçu la veille dans la peau 1/200, 1/100, 1/50 de centimètre cube de sérum antitoxique, la dose de toxine qui tue les cobayes en cinq ou six heures, les animaux qui ont reçu 1/50 de centimètre cube résistent, ceux auxquels on a injecté 1/100 de centimètre cube survivent environ quarante-huit heures, ceux qui ont reçu 1/200 de centimètre cube vivent vingt-quatre heures.

Lorsqu'on injecte préventivement à des lapins de 1.000 à 1.200 grammes une dose de sérum égale à 1/20 ou 1/30 de centimètre cube, ils supportent une quantité toxine qui tue les animaux témoins.

Dans toutes ces expériences on remarque que les animaux qui ont, avant l'inoculation toxique, une tare organique quelconque, pseudo-tuberculose, psorospermie

du lapin, ou simplement grossesse du cobaye, sont beaucoup moins résistants à la toxine : il faut pour les protéger une dose de sérum supérieure à celle qui immunise les animaux sains.

Pour juger de la valeur préventive du sérum contre l'infection, inoculons, sous la peau de l'oreille d'un lapin qui la veille à reçu 5 centimètres cubes de sérum et sous la peau de l'oreille d'un lapin neuf, une émulsion de bacilles typhiques dans l'eau physiologique. Au bout de quelques heures, faisons avec une pipette fine des prises dans la boule d'œdème formée par l'inoculation de l'émulsion microbienne : sept heures après, on ne trouve presque plus de microbes libres dans le liquide pris sur le lapin qui a reçu le sérum ; les bacilles sont à peu près tous englobés par les phagocytes. L'exsudat étalé sur une lame, séché et coloré par le bleu de Kühne, montre les microbes ayant conservé leur forme bacillaire dans le protoplasma des leucocytes mononucléaires, tandis que dans l'intérieur des leucocytes polynucléaires ils se présentent sous la forme de grains ou de boules. Les deux variétés de phagocytes sanguins interviennent donc pour détruire les bacilles chez les animaux auxquels le sérum a conféré une immunité passive. Dans cette phagocytose, l'action des polynucléaires paraît seule capable d'amener la transformation en boule des microbes englobés. Cette constatation est tout à fait semblable à celle qui a été faite par M. Salimbeni dans l'étude de la destruction des vibrions cholériques chez les animaux immunisés contre le choléra.

Après ce même laps de temps, examinons le liquide de l'émulsion typhique introduite sous la peau de l'oreille d'un lapin neuf ; le résultat est tout à fait différent : les

microbes sont libres dans le liquide ; ils ont conservé toute leur activité et leur mobilité. C'est à peine si, dans le champ de préparation, on constate la présence d'un ou deux leucocytes mononucléaires qui commencent à « phagocyter » les leucocytes polynucléaires sont encore absents.

La culture sur goutte pendante de l'exsudat pris au bout de sept heures sur le lapin qui a reçu le sérum ne se développe pas. Par conséquent, le sérum s'est montré doué d'un pouvoir anti-infectieux ; il a fait rapidement englober et digérer les bacilles typhiques par les phagocytes.

Quand à la valeur antitoxique du sérum, elle pourra être jugée chez les animaux qui, ayant reçu une dose de toxine sûrement mortelle en un temps donné, recevront, en outre, un traitement du sérum à des périodes qui s'éloigneront de plus en plus du moment de l'introduction du poison, c'est-à-dire qui se rapprocheront de plus en plus du terme où la mort doit survenir. Il est facile de faire cette expérience sur un bon nombre d'animaux témoins et d'animaux soumis à la sérothérapie : injectons à 4 cobayes une dose de toxine mortelle en vingt à vingt-quatre heures. Prenons un autre lot de cobayes du même poids. Les témoins reçoivent 1 c. c. de toxine par 50 grammes de leur poids ; les cobayes qui seront traités reçoivent une dose de toxine plus forte, soit 1 gramme pour 40 grammes de leur poids. Et puis, d'heure en heure, injectons respectivement à chaque groupe une dose de sérum antitoxique qui va de 1/4 à 1, 2, 3, 4, centimètres cubes de sérum.

Les témoins succombent en vingt heures. Par contre, les cobayes qui ont reçu une dose, même minime, de

sérum, injectée plusieurs heures après l'introduction de la toxine, survivent. Plus on s'éloigne du moment de la pénétration du poison, plus la dose de sérum doit être grande pour être curatrice. Quatre et même cinq heures, après le début de l'intoxication, mortelle en vingt heures, une dose de sérum antitoxique, de 1/4 de centimètre cube injectée à des cobayes les fait résister à la toxine. Ceux des animaux qui ne résistent pas, malgrè le traitement tardit par 1/4 de centimètre cube de sérum antitoxique, ont une survie qui atteint deux et trois jours. Le sérum a donc un pouvoir antitoxique.

En possession d'un sérum jouissant de tels pouvoirs, j'ai cru devoir l'injecter à l'homme atteint de fièvre typhoïde. La valeur de ce nouveau mode de traitement ne peut se juger que par l'étude de statistiques et d'observations nombreuses. Je puis dire cependant dès maintenant que chez le typhoïdique le sérum agit bien à la façon d'un antitoxique, diminuant et supprimant les phénomènes nerveux abaissant la température, activant la guérison.

Ces résultats ont besoin d'une confirmation clinique, mais nous pouvons espérer que M. Chantemesse est dans la bonne voie et que nous posséderons bientôt un nouveau mode de traitement de la fièvre typhoïde.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril. — Déclaration obligatoire aux colonies de la rougeole, de la lèpre, de la dysenterie épidémique.

La rougeole est une maladie totalement inconnue dans quelques unes de nos colonies. Son importation et son extention entraîneraient une mortalité considérable, étant données les mauvaises conditions d'hygiène. Il y a donc grand intérêt à ce que l'autorité sanitaire soit prévenue dès les premiers cas, pour empêcher la propagation de la maladie et l'éclosion d'une épidémie.

La lèpre prend une grande extension en Guyane, à la Nouvelle-Calédonie, à Taïti. La population européenne en contact avec les indigènes commence à être atteinte. La déclaration obligatoire paraît donc s'imposer pour qu'on puisse prendre les mesures d'isolement nécessaires, pour faire disparaître la maladie et protéger Européens et indigènes.

Séance du 12 avril. — M. HAYEM. — Depuis quelques années un certain nombre de maladies dont le traitement était resté jusqu'alors purement médical sont devenues justiciables d'interventions opératoires. Au premier rang il faut placer les maladies de l'estomac. En France aussi bien qu'à l'étranger on a abusé de la gastro-entérostomie.

Cette opération est surtout indiquée dans les sténoses pyloriques et sous-pyloriques. Je me bornerai à l'envisager dans ses rapports avec la sténose non cancéreuse.

Par sténose ou rétrécissement pylorique il faut entendre toute lésion produisant mécaniquement, quel qu'en soit le siège, un obstacle matériel à l'évacuation du contenu de l'estomac. Pour qu'on puisse dire qu'il y a sténose, il faut qu'il y ait un état continu et permanent.

Au point de vue pratique, les sténoses se divisent en cancéreuses et non cancéreuses.

La sténose non cancéreuse reconnaît des causes multiples ; en première ligne, il faut citer l'ulcère simple, puis la péritonite localisée, la cholélithiase, les brûlures par poison corrosif, les coudures de la région pyloro duodénale. L'ulcère et la cholélithiase déterminent la sténose par périgastrite.

Au point de vue du diagnostic la sténose peut se diviser en sténose serrée, moyenne et légère.

La sténose serrée est d'un diagnostic facile lorsqu'elle est venue lentement et lorsque l'estomac est tolérant, les vomissements rares. On trouve alors un estomac très distendu et le matin à jeun on peut en extraire un liquide abondant et renfermant des débris alimentaires parfois grossiers en voie de fermentation. Il n'est pas rare de retirer par la sonde des aliments ingérés depuis plusieurs jours.

Si au contraire la sténose serrée s'est établie rapidement, elle est alors le plus souvent d'un diagnostic difficile. Car l'estomac est intolérant et loin d'être dilaté, il est petit. On n'a plus alors les signes de rétention qui seuls sont caractéristiques. S'il n'existe pas de tumeur pylorique, si la sténose avec intolérance n'a pas été précédée par

une période de rétention, le diagnostic rigoureux est impossible.

La sténose moyenne se traduit cliniquement par un syndrome qui a été décrit sous le nom de maladie de Reichmann. Tout individu ayant dans l'estomac d'une manière non passagère, mais durable, après le jeûne de la nuit un liquide résiduel souillé de débris alimentaires reconnaissables est atteint de sténose pylorique ou sous-pylorique. L'existence de la sténose sans stase alimentaire bien que théoriquement possible n'est pas prouvée. Les débris alimentaires sont plus ou moins reconnaissables selon l'état de l'appareil glandulaire de l'estomac. Quant à l'organe lui-même il n'est pas toujours dilaté soit à cause des vomissements, soit à cause des adhérences avec les organes voisins, ou bien de la réduction extrême et prolongée de l'alimentation.

Lorsque la sténose est faible au point de devenir douteuse la gastro-entérostomie n'est pas indiquée tout au moins du fait de la sténose.

Une fois posé le diagnostic de sténose, reste à distinguer la sténose non cancéreuse de la cancéreuse, ce qui est facile le plus souvent.

En cas de sténose *non cancéreuse* (ulcère, cholélithiase, péritonite localisée, etc...), le liquide de rétention est hyperchlorhydrique ou tout au moins d'une certaine richesse en acide chlorhydrique libre ; de même pendant le cours du repas d'épreuve on trouve, au moins à un moment avancé de la digestion, de l'acide chlorhydrique libre en proportion notable, parfois très élevée. Ce liquide est dépourvu d'acides gras, ou n'en renferme qu'une faible quantité. Il ne répand pas d'odeur infecte, même lorsqu'il est riche en débris d'aliments. Les commémoratifs fournis

par l'interrogatoire du malade se rapportent généralement à une affection déjà ancienne, souvent traversée par des crises gastriques douloureuses, accompagnées de vomissements ; souvent on relève des signes évidents d'ulcère ou de lithiase biliaire.

Lorsque la sténose est d'origine cancéreuse, le liquide résiduel est totalement dépourvu d'acide chlorhydrique libre, ou bien exceptionnellement il en renferme très peu. L'analyse du contenu stomacal, après le repas d'épreuve, répond au type de l'hypopepsie ou de l'apepsie.

Lorsque le liquide stomacal est acide, son acidité vient presque uniquement des acides gras supérieurs (lactique, butyrique, etc...), les résidus alimentaires souvent plus colorés que les aliments ingérés présentent une odeur fade, souvent repoussante, infecte. Les commémoratifs se rapportent à une affection récente ou récemment aggravée ; les malades sont plus souvent anémiques, émaciés et cachectiques que dans les autres variétés de sténose.

Le diagnostic peut devenir très difficile ou même impossible lorsque le cancer se développe sur une cicatrice d'ulcère, ou bien lorsqu'à la suite d'un ulcère les lésions atrophiques de la muqueuse stomacale aboutissent au type chimique de l'hypopepsie et de l'apepsie. Il en est de même lorsque la périgastrite donne naissance à un plastron résistant, qui simule un néoplasme.

La gastro-entérostomie n'est pas indiquée dans toutes les sténoses. En particulier, dans la sténose cancéreuse, elle n'est probablement pas l'opération de choix.

Quant aux sténoses non cancéreuses, lorsqu'elles sont légères et peu gênantes, il ne faut pas recourir à une opération. Si la sténose est moyenne et un peu serrée, il est légitime d'y songer, mais seulement après l'échec d'un

traitement médical bien conduit. L'opération est en effet très grave, bien que la statistique de M. Tuffier donne 6 guérisons sur 6 opérations.

Après l'opération, le cours des matières se rétablit, et s'il existe un ulcère, on peut compter sur sa guérison par le fait de la disparition de la rétention.

Guérison du goître congénital d'un nourrisson, par l'alimentation thyroïdienne de la mère. — MM. Mossé (de Toulouse) et Cathala. — A notre première visite, l'enfant âgé de trois mois, chétif, malingre, portait un goître congénital, bilobé, chaque lobe étant de la grosseur d'une noix. Pas de myxœdème. La figure souffreteuse, l'émaciation extrême du nourrisson, offrait le tableau de l'athrepsie infantile arrivée au dernier terme. Le pronostic semblait fatal à brève échéance. L'enfant était nourri par sa mère, âgée de 22 ans, goîtreuse, d'une intelligence très rudimentaire, mais sans crétinisme, ni myxœdème.

Le traitement par la glande thyroïde fut institué. La mère prit chaque jour deux tablettes de thyroïdine sèche, correspondant approximativement à 1 gr. 50 de glande. Après cinq jours de traitement, cinq jours de repos.

Au bout d'un mois et demi on notait chez la mère une légère diminution du goître. Chez l'enfant, l'athrepsie cédait rapidement et le goître s'affaissait. Lorsque la mère eut pris 100 tablettes, l'enfant avait à peu près l'embonpoint d'un enfant de son âge, et le goître avait totalement disparu.

Séance du 19 avril. — *L'echinocoque multiloculaire observé en France chez les animaux.* — Il est une variété de kystes hydatiques qui se présentent sous la forme d'une tumeur gélatineuse, constituée par un stroma fibreux

creusé d'alvéoles souvent peu étendus, dans lesquels sont logées des masses gélatiniformes représentant des échinocoques.

A part quelques exceptions rares, toutes les observations ont été recueillies en Bavière, Wurtemberg, Tyrol et Suisse, tout aussi bien en médecine vétérinaire qu'en médecine humaine.

Des examens faits par M. A. Railliet à l'abattoir de Troyes, il résulte que cette affection est assez fréquente dans cette région de la France et qu'elle existe même chez des animaux qui ne viennent pas de l'Allemagne du Sud.

Sur une cause d'erreur de diagnostic dans les grands épanchements thoraciques. — Quelquefois, malgré la grande abondance de l'épanchement, il existe de la sonorité à la percussion dans le creux axillaire et la région antéro-inférieure du thorax. Cette résonnance tient à la distension par les gaz de l'estomac et de l'intestin. M. Lemaître de Limoges rapporte deux observations où la sonorité ainsi constatée faillit faire retarder l'opération de l'empyème, qu'on avait décidée eu égard aux symptômes généraux. Dans la première observation l'incision donna issue à 4 litres de pus et à plus de 3 litres dans la seconde. Aussi ne faut-il pas attacher une trop grande importance à l'absence de la matité dans ces deux régions.

Séance du 26. — Rien d'intéressant.

Dr Humeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Cystite et rectite grippales. — II. Sur un cas de scarlatine apyrétique. — III. Arthrite a pneumocoque. — IV. Présence constante du pneumocoque a la surface de l'amygdale. — V. De l'hyperchlorhydrie par saturation alcaline. — VI. La diphthérie a l'hopital Trousseau pendant l'année 1897. — VII. Valeur seméiologique de l'épreuve par le bleu de méthylène chez les hépatiques. — VIII. Fréquence de la tuberculose verruqueuse du dos de la main dans le cours de la tuberculose pulmonaire.

I

(*Séance du 1er avril*). — M. Le Gendre signale que dans plusieurs cas de grippe, de formes cliniques diverses, tantôt respiratoires, tantôt gastro intestinales, il a constaté l'apparition du ténesme vésical et rectal, de besoins fréquents d'uriner ou d'aller à la selle, suivis de l'émission d'une quantité insignifiante d'urine, souvent albumineuse, et de l'évacuation de très peu de matières fécales liquides mélangées à des glaires sanguinolentes : en somme, le tableau de la cystite et de la rectite dysentériforme plus ou moins accentuées. Ces symptômes se sont montrés tantôt au début de la grippe, tantôt pendant une rechute ; dans certains cas, ils alternaient avec d'autres localisations congestives, comme par une sorte de balancement métastatique.

A la séance suivante, M. Sevestre émet quelques doutes au sujet de la cystite grippale ; il a observé plusieurs fois, dans ces derniers temps, des enfants présentant en même temps que des symptômes de grippe, des envies fréquentes

d'uriner, mais, comme ils étaient en pleine évolution dentaire; il attribue plutôt ces troubles de la miction à la dentition qu'à la grippe.

II

M. Renon vient d'observer un cas de scarlatine bien caractérisée, ayant évolué d'une façon absolument apyrétique. Quoique ce ne soit pas un fait exceptionnel il a pensé intéressant de le signaler à cause des difficultés du diagnostic.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, qu'il voit le 21 janvier au matin; mal de gorge la veille, ni fièvre ni vomissements. La gorge était d'une rougeur vineuse écarlate; et à la racine du cou, sur les aines, dans le dos on apercevait une rougeur diffuse avec un pointillé plus foncé; P. 80; T. 37.2. Le soir l'éruption s'est étendue. P. 92. T. 37.4.

La scarlatine évolua normalement, sans élévation thermique, mais avec une augmentation des pulsations qui se maintiennent entre 90 et 100. L'angine suivi sa marche habituelle; la langue présenta sa desquamation habituelle.

Le 4 février, quatorze jours après le début, légère desquamation sur les plis du coude, le 6 février, les oreilles et les doigts des deux mains desquament à leur tour. Cette desquamation dure jusqu'au 17 février.

Ces scarlatines apyrétiques sont ordinairement bénignes, peuvent passer inaperçues et devenir le point de départ de néphrites. Il est à remarquer que si la température ne s'élève pas d'une manière appréciable, la fréquence du pouls augmente.

III

M. Galliard rapporte une observation très intéressante de *pneumonie* suivie de pleurésie purulente et d'une arthrite à pneumocoque.

Il s'agit d'un homme de 44 ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 15 janvier dernier, le deuxième jour d'une pneumonie franche siégeant au niveau du lobe inférieur gauche; crachats rouillés contenant des pneumocoques.

Le huitième jour, douleur au niveau du poignet droit; rougeur et tuméfaction du dos de la main et du poignet; le malade n'aurait jamais eu de rhumatisme.

Les jours suivants, la fièvre augmente, l'état général est mauvais.

Le 24 janvier (onzième jour), ponction exploratrice qui donne du pus, puis incision sur la face dorsale.

Le 27 janvier, (quatorzième jour) amélioration notable.

Le 29 janvier, pour assurer l'écoulement du pus, contre-ouverture à la partie externe, drainage.

Les jours suivants, la fièvre reparaît, la matité à la base gauche revient; le 7 février, ponction qui fournit du pus; le 16 février, l'état général s'aggravant beaucoup, empyème; l'amélioration se fait progressivement et le 1er avril le malade entre en convalescence; sa plaie thoracique est fermée, l'articulation du poignet présente toujours de la raideur.

L'examen bactériologique du pus provenant de la ponction de l'articulation a fait reconnaître des pneumocoques encapsulés de Talamon-Fraenkel, typiques; cependant l'injection à la souris ne produisit pas de résultats.

L'examen bactériologique du pus de la plèvre est iden-

tique; présence de pneumocoques très abondants mais cultures stériles et la souris résiste à l'inoculation.

IV

(*Séance du 15 avril*). — M. Landouzy présente une communication de MM. Bezançon et Griffon sur la *présence constante du pneumocoque à la surface de l'amygdale*. Les recherches des auteurs avaient signalé la présence du pneumocoque dans la salive des personnes saines dans la proportion du 5e (20 p. 100) et même pour les anciens pneumoniques dans la proportion de 4 fois sur 5 (Netter).

Les auteurs de la communication, en cultivant le mucus amygdalien dans du sérum de lapin jeune, concluent à la *constance* du pneumocoque dans la gorge normale ou pathologique.

Le mucus amygdalien a été examiné dans 40 gorges d'individus non pneumoniques, pris dans les conditions les plus variées ; dans les milieux hospitaliers, dans les laboratoires, en dehors de toute cause de contamination, à tous les âges, à l'état normal, à l'état pathologique. Les sujets qui ne présentaient pas une santé parfaite étaient atteints de rhumatisme articulaire aigu, tabès, grippe, coqueluche, athrepsie, méningite tuberculeuse, amygdalite aiguë, syphilis secondaire de la gorge ; l'un était un vieillard de 60 ans, atteint de fièvre typhoïde, plusieurs étaient des enfants, âgés de 11 mois (paralysie radiculaire, du plexus brachial), de 18 mois (eczéma généralisé), de 3 semaines (ophtalmie purulente). Deux enfants, bien portants, avaient l'un, 1 an 1/2, l'autre 3 mois 1/2.

Dans tous les cas, sans exception, on a rencontré le pneumocoque, constamment associé au streptocoque.

V

M. Hayem a plusieurs fois fait remarquer que, loin de guérir l'hyperchlorhydrie, les alcalins l'entretiennent ou même l'accentuent.

Cette notion aura de la peine à être accepté, le public, les médecins eux-mêmes trouvaient si simple de traiter l'hyperchlorhydrie par les alcalins.

M. Hayem vient affirmer, au contraire que « l'emploi à dose élevée et suffisamment prolongée du bicarbonate de soude détermine, chez certains sujets, la plus forte hyperchlorhydrie qu'on puisse observer. En d'autres termes, les alcalins et notamment le bicarbonate de soude, paraissent être les agents provocateurs les plus puissants de l'hyperchlorhydrie typique. »

Et pour prouver cette assertion, M. Hayem dont on connaît la grande compétence sur ce sujet, rapporte deux exemples.

Il ajoute qu'il est nécessaire, pour que les alcalins produisent de l'hyperchlorhydrie, que la muqueuse stomacale renferme des glandes nombreuses et actives, de sorte que cette action des alcalins se rencontre chez l'homme sain.

Chez les sujets dont la muqueuse stomacale est dégénérée et atrophiée, les alcalins produisent une diminution de l'excrétion acide ; ils sont dangereux pour les malades.

A la séance suivante (22 *avril*), M. Mathieu vient répondre à la communication de M. Hayem, il reconnaît avec lui que l'usage continu des alcalins à haute dose, n'amène pas la guérison de l'hyperchlorhydrie ; cependant, il croit prématuré d'affirmer qu'il peut les provo-

quer. L'usage prolongé de ces sels exagère peut-être à la longue l'hypersécrétion, mais cette affirmation aurait besoin d'être démontrée par une série d'analyses faites à des époques successives, à partir du moment où le traitement alcalin a été commencé.

L'emploi du bicarbonate de soude à doses élevées lui paraît encore le meilleur traitement des hyperchlorhydries douloureuses ; ces sels doivent être administrés au moment où les malades sentent qu'ils vont souffrir et la dose doit être suffisante pour empêcher la douleur d'apparaître.

VI

M. Richardière, chargé du service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau, présente son compte rendu pour 1897 ; voici quelques chiffres de sa statistique.

Il y a eu en 1897, 920 cas de diphtéries avérées, avec une mortalité totale de 144 cas, soit 15,6 p. 100 ; si on élimine de cette statistique les morts survenues moins de vingt-quatre heures après l'entrée à l'hôpital, on a une mortalité réduite de 106 cas, soit 11,5 0/0.

Sur les 696 malades de la statistique propre à M. Richardière (920 est le chiffre de toute l'année et il a été remplacé dans le service pendant quatre mois par M. Barbier), il y a eu 433 enfants n'ayant présenté que des symptômes d'angine, sans croup ; avec 18 morts, soit une mortalité de 4,1 p. 100.

Parmi les enfants tubés ou trachéotomisés qui sont morts, la cause de la mort a été presque toujours la broncho-pneumonie ; cette complication a sévi à plusieurs reprises sous forme d'épidémie. Pendant la première partie de l'année, le traitement a consisté en des bains froids

(20 à 25 degrés) donnés systématiquement et des enveloppements humides à la même température.

Les résultats ont paru au D[r] Richardière si peu satisfaisants, qu'il a remplacé ce traitement par les bains chauds (38 à 39 degrés) donnés à 1 degré au-dessous de la température du malade, suivant la méthode préconisée par le D[r] Renaud (de Lyon). Ce nouveau mode de traitement lui a paru plus satisfaisant.

Au point de vue bactériologique, M. Richardière constate que les angines à bacille Lœffler pur sont très rares; ainsi voici le relevé de ces 100 derniers examens bactériologiques.

2 fois du Lœffler seul.

5 fois du Lœffler avec des coccis indéterminés.

9 fois du Lœffler avec des staphylocoques.

38 fois du Lœffler avec des streptocoques.

46 fois du Lœffler avec des streptocoques et des staphylocoques.

On peut en conclure une fois de plus, ajoute-t-il, que la constatation de la présence de ces espèces microbiennes, coexistant avec le bacille de Lœffler dans les fausses membrannes, n'a *aucune signification au point de vue du pronostic.*

Dans les prévisions du pronostic de la diphtérie, la bactériologie doit céder le pas à la clinique.

C'est l'examen clinique de la gorge et la constatation de quelques symptômes relevant de l'état général qui sont les meilleurs guides pour apprécier le pronostic.

L'état local de la gorge, l'étendue des fausses membranes et leur adhérence, l'abondance des sécrétions purulentes, les ganglions volumineux avec périadénite, l'état du pouls, les troubles du rythme cardiaque, l'analyse des

urines, la paleur de la face, l'anémie des tissus, l'abattement de l'enfant, son dégoût pour les aliments, tels sont les signes qui indiquent une diphtérie grave.

Combien nous sommes loin des travaux bactériologiques du début, où la bactériologie était tout et la clinique rien. Les angines associées (Lœffler et streptocoques) étaient toujours regardés comme graves.

VII

(*Séance du 22 avril*). — MM. Chauffard et Castaigne ont constaté que l'élimination intermittente du bleu méthylène après injection sous cutanée est un signe très sur de l'insuffisance de la cellule hépatique.

Cette élimination chez les sujets sains se fait suivant une courbe continue cyclique bien connue. Dans un certain nombre d'expériences chez des brightiques, M. Chauffard a trouvé deux fois une courbe intermittente ; et dans un de ces cas, il s'agissait d'un malade dont la cellule hépatique était nettement insuffisante.

Chez 10 hépatiques, l'injection de bleu de méthylène a toujours été suivie, d'une élimination intermittente. MM. Linossier et Barjou avaient cru que cette intermittence était due à une alcalinité passagère des urines ; il n'en est rien, car M. Chauffard a trouvé la même réaction dans les urines très bleues et dans celles dont la coloration diminuait ou qui n'étaient pas colorées du tout.

L'élimination intermittente du bleu de méthylène par les urines paraît donc un signe certain d'insuffisance hépatique, et cette recherche peut servir de confirmation des autres symptômes qui indiquent cette insuffisance.

VIII

M. Béclère revient sur la constatation fréquente chez

les phthisiques, de tuberculose verruqueuse limitée à la région du pouce et de l'index de la main droite ; tuberculose locale que Vidal explique par l'habitude de ces malades, de s'essuyer la bouche et les moustaches avec la main droite après avoir craché. M. Béclère a examine à ce point de vue les 24 phthisiques de son service et a trouvé cette tuberculose verruqueuse chez trois d'entre eux au lieu d'élection. Un quatrième malade, qui est gaucher, a la même lésion au dos de la main gauche.

D[r] MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

PACIFIC COAST JOURNAL OF HOMOEOPATHY (Février).

Traitement des kéloïdes cicatricielles par le D[r] Bernard. — Dans cet article, l'auteur conseille le traitement opératoire chaque fois qu'il est applicable à la région où siège la cicatrice. Dans le cas contraire, on prendra toutes les précautions néeessaires pour que la cicatrice n'ait pas à subir de causes d'irritation externe, ou si elle est ulcérée, on y appliquera un pansement approprié. La médication interne semble avoir peu d'action sur ces affections, cependant, il faudra penser : à Graphites s'il y a une sensation de brulure et de l'induration de la cicatrice, à Kali bichromicum quand la cicatrice est déprimée avec une sensation de pointes d'aiguilles profondes; à Lachesis quand il y a douleur et ulcération s'accompagnant d'une rougeur pourpre de la peau; à Sulphuri acidum, quand la cicatrice est d'un rouge sang ou bleuâtre et tout à fait douloureuse.

Traitement de la conjonctivite trachomateuse par le Dr Bryant. — Pour le traitement de cette affection de la conjonctive, le Dr Bryant a recours au massage avec de l'acide borique. On commence par anesthésier la paupière avec de la cocaïne, puis on la retourne, on y applique de l'acide borique en poudre et on frotte vigoureuse ment jusqu'à ce que la conjonctive saigne. On fait une séance chaque semaine jusqu'à la guérison. Les médicaments internes que l'on emploiera concurremment sont Aurum muriaticum ou Aurum metallicum.

Action singulière du Saw Palmetto. — Le Dr Vernon Stiles ayant fait prendre à un de ses clients, grand fumeur, et qui était atteint d'hypertrophie de la prostate, XV gouttes de Saw Palmetto T. M. 3 fois par jour pour combattre ses troubles urinaires, eut la satisfaction de le soulager de son hypertrophie et en même temps de lui faire perdre l'habitude du tabac. Il attribue ce dernier résultat au Saw Palmetto, ce qui ajouterait une nouvelle propriété à ce médicament.

THE NORTH AMERICAN JOURNAL OF HOMŒOPATHY (Mars).

Ce numéro contient : 1° un article dans lequel le Dr Sheldon Seawitt étudie la conduite à tenir dans les cas de grossesse extra-utérine à ses débuts;

2° Un article du Dr Walter Sands Mills qui dit que chaque médecin homœopathe a un certain nombre de médicaments favoris, ce qui tient à ce que chacun a étudié ces médicaments plus à fond et qu'il connaît mieux toute leur puissance d'action, ce qui lui permet de les employer à coup sûr. Il s'élève en outre contre la coutume que l'on a dans les écoles de donner aux étudiants quelques symp-

tômes caractéristiques pour chaque médicament. En faisant ainsi, on ne leur donne qu'une idée très insuffisante du pouvoir de chaque médicament. Il serait préférable de leur faire étudier la matière médicale en comparant les médicaments entre eux;

3° Un cas d'éclampsie par le Dr Gaylord Pettit;

4° Un cas d'empoisonnement par l'atropine dans lequel, quelques gouttes d'une solution d'atropine dans l'œil déterminèrent à plusieurs reprises les phénomènes suivants : au bout d'une heure, le malade fut pris d'un violent accès de délire avec grande sécheresse de la gorge, besoin d'uriner constant et maux de tête. La langue était tellement sèche que le malade ne pouvait pas parler;

5° Enfin un important article du Dr George Shelton qui étudie la découverte d'Hahnemann et l'opposition que la vieille école a toujours faite aux médecins homœopathes.

THE HAHNEMANNIAN MONTHLY (Mars).

Tachycardie et goitre exophtalmique chez les enfants par le Dr Hale. — De même que ces deux maladies ont des symptômes différents, il est nécessaire de leur appliquer des remèdes différents.

Dans la tachycardie essentielle, les médicamenss qui agissent le mieux sont ; Veratrum vir, Strophantus, Digitalis, Lycopus et Aconitum que l'on emploiera à la 1re ou 2e dilution décimale.

Quant au goître exophtalmique il demande plutôt : Fucus V à X gouttes après les repas, Baryta iod. 2e dilution décimale. Lapis alba 6e dilution décimale avant les repas, et le soir thyroïdine ou son extrait de 30 à 50 centigrammes 3 fois par jour et Spigelia 6e dilution, I goutte

quatre fois jour. Ces doses sont pour les enfants au-dessous de 12 ans.

Traitement du rhumatisme goutteux par Mortimer Lawrence. — Le rhumatisme goutteux étant une maladie due au ralentissement de la nutrition doit être combattu par une alimentation fortifiante, sauf pendant les périodes aiguës. On ne défendra pas complètement les boissons alcooliques et on engagera le malade à prendre de l'huile de foie de morue et, s'il ne peut la supporter, on tâchera de la remplacer en faisant absorber du beurre et des aliments gras. On placera le malade dans un air doux et sec, on évitera par conséquent le bord de la mer et l'humidité. On a longtemps employé les bains de vapeur pour combattre cette affection. Depuis quelques années on semble venir plutôt à l'emploi de la chaleur sèche. L'électricité a été recommandée, enfin le massage et les mouvements passifs ont aussi une grande utilité.

Quant aux médicaments, beaucoup de ceux qui théoriquement semblent le mieux indiqués ne donnent pas les bons résultats qu'on serait en droit d'en attendre. Actœa racemosa que sa pathogénésie recommande hautement, ne donne pas toujours des résultats satisfaisants. On ne peut pas compter non plus sur Sulfur. Pulsatilla a donné des résultats très satisfaisants dans des cas où les phénomènes rhumatismaux s'accompagnaient de symptômes utérins; de même pour Sepia. Causticum, choisi avec grand soin et continué avec persévérance, n'a pas produit de soulagement manifeste. Colchicine au contraire, a été d'un grand bénéfice dans nombre de cas, on l'a employée à la dose de V gouttes trois fois par jour d'une solution contant à peu près 7 centigrammes pour 30 grammes d'eau. Au bout de

trois mois, les nodosités avaient beaucoup diminué de volume, les articulations étaient moins douloureuses et les mouvements plus libres. Iodium est aussi un très bon remède et l'iodure de fer qu'emploie la vieille école est un médicament qui pourra nous réussir après l'échec de nos remèdes ordinaires.

Traitement gynécologique local et indications pour les remèdes par le Dr Lewis van Tine.

Les médicaments que l'on emploie pour pansement local en homœopathie sont généralement incorporés à de la glycérine et ils sont portés au contact du col de l'utérus au moyen de tampons imbibés de cette glycérine médicamenteuse. Les principaux sont :

La *glycérine boriquée*, qui agit comme antiseptique et par l'action de la glycérine qui décongestionne les organes pelviens.

Hydrastis, 25 à 50 p. 100 d'extrait mélangé à de la glycérine est utile dans la vaginite chronique blennorrhagique, l'endocervicite et l'érosion du col avec leucorrhée abondante, jaune et filante.

Aristol en poudre ou mélangé à de la glycérine employé dans l'érosion du col, dans la vaginite spécifique et les chancres.

Ichthyol de 10 à 25 p. 100 de glycérine employé pour les érosions du col et contre la sensibilité générale des organes pelviens.

Acidum tannicum soit en poudre ou glycérolé par son action astringente combat le relâchement des parois vaginales et agit aussi sur la leucorrhée abondante qui s'accompagne d'ulcère du col. *Alun* en poudre agit de même.

Iodium en teinture est employé contre la métrite chro-

nique, la subinvolution de l'utérus et toutes les variétés d'ovarite chroniques ou subaiguës.

Iodium phénol (une partie d'acide phénique pour deux de teinture d'iode) employé dans les mêmes conditions que *Iodium* et aussi dans l'érosion du col et l'endocervicite. Quelquefois on l'emploiera mêlé par moitié à de la glycérine.

Acidum chromicum, recommandé dans les cas d'endocervicite avec écoulement albumineux et filant. A cause de sa puissance d'action il ne faut l'employer qu'une fois par semaine (une partie d'acide chromique pour deux d'eau).

Quant aux médicaments internes ce sont les suivants :

Actæa racemosa.— Névralgies des ovaires et de l'utérus avec grande sensibilité et accablement, douleurs qui élancent dans les côtés et le bas du ventre. Endocervicite avec symptômes généraux d'hystérie, utérus engorgé, hypertrophie du col, tous les organes très sensibles, surtout les ovaires.

Belladonna. — Inflammation des viscères pelviens, prolapsus utérin, inflammation de la matrice et des ovaires surtout le droit ; le tout s'accompagnant de douleurs, de tiraillement profond et qui forcent à pousser.

Bryonia. — Inflammation des ovaires avec douleurs aiguës comme de piqûres. Pelvi-péritonite.

Calc. carb. — Endocervicite, douleur constante dans le vagin. Leucorrhée comme du lait, très profuse avec brûlures et démangeaisons.

Chamomilla. — Tiraillements du sacrum en avant avec besoins fréquents d'uriner, douleurs déchirantes dans les jambes. Leucorrhée âcre, aqueuse ou jaune.

Gelsemium. — Congestion de l'utérus et inflammation des ovaires avec pesanteur dans la région utérine et mélancolie.

Helonias. — Atonie des organes de la génération, prolapsus, nutrition défectueuse et dépression mentale; sensation de maladie et de sensibilité de l'utérus; la malade a conscience qu'elle a une matrice. Leucorrhée fétide avec érosion du col qui peut déterminer de l'hémorrhagie. Outre les symptômes utérins locaux de déplacement ou d'inflammation chronique il y a généralement une douleur lombaire, profonde, quelquefois sensation du poids sur la poitrine, et pression sur la tête. Prurit vulvaire et vaginal, ces parties sont chaudes, enflées et desquament; sortes d'aphtes. Induration de l'utérus.

Kresotum. — Inflammation des organes femelles de la génération, caractérisée par des érosions et des écoulements fétides et excoriants. Erosion du col avec brûlure profonde dans le vagin, grande chaleur et sensibilité de la muqueuse, douleurs accablantes et leucorrhée âcre et fétide. Il est utile comme palliatif dans le squirrhe de l'utérus, l'épithélioma de la vulve avec douleur de brûlure comme par un charbon enflammé et écoulement fétide. Leucorrhée avec odeur particulière de corne un peu brûlée. Prurit vulvaire avec suintement fétide.

Lilium tigrinum. — Prolapsus de l'utérus avec pesanteur et pression dans le bassin, sensibilité, élancements, désir de presser sur la vulve de bas en haut ou de soutenir la paroi abdominale. Rétroversion avec compression du rectum qui empêche d'aller à la selle. Leucorrhée abondante, souvent excoriante, urination douloureuse. Douleurs aiguës dans la région des ovaires. Outre les déplacements de l'utérus et les douleurs ovariennes on trouve

souvent des palpitations et des symptômes nerveux du côté du cœur; quelquefois de terribles douleurs qui vont du dos au vertex.

Nux vomica. — Prolapsus récent de l'utérus dû à un effort soudain. Il y a, en outre, des symptômes de la vessie et du rectum caractéristiques du médicament.

Platina. — Prurit vaginal. Nymphomanie. Mélancolie sexuelle. Prolapsus utérin avec pression constante dans le dos et les aines Inflammation chronique des ovaires à droite surtout. Leucorrhée albumineuse. Les symptômes utérins et ovariens s'accompagnent de divers réflexes nerveux : toux, aphonie, palpitations, spasmes, insomnie.

Pulsatilla. — Leucorrhée par suite de retard des époques, écoulement épais, non irritant avec enflure de la vulve, rarement clair et irritant Prolapsus utérin pire étant sur le dos et à la chaleur, mieux en marchant dehors. Caractère larmoyant.

Secale cornutum. — Déplacements utérins, subinvolution utérine. Congestion et douleur dans l'utérus et les ovaires surtout le droit.

Sepia. — Grande sécheresse de la vulve et du vagin qui sont douloureux au toucher. Les symptômes de pression comme si quelque chose allait sortir et la sensation de plénitude de l'estomac et de l'abdomen ont amené à l'emploi de ce médicament avec beaucoup de succès dans les déplacements utérins spécialement dans le prolapsus simple. Les femmes croisent les jambes comme pour empêcher quelque chose de sortir du vagin. Induration du col de l'utérus. Endométrite chronique avec sensibilité au-dessus de la région utérine et désirs constants d'uriner. Leucorrhée jaune ou comme du lait, excoriante.

Sulphur. — Prurit vulvaire avec brûlures et piqûres,

éruption miliaire pire à la chaleur du lit. Prolapsus utérin avec douleurs dans le sacrum; constipation. Leucorrhée corrosive abondante et jaune. La brûlure dans le vagin permet à peine de rester tranquille.

Les médicaments de la cystite par M. Curlain.

Violent besoin d'uriner se faisant sentir soudainement. Petroselinum.

Urine coulant goutte à goutte du méat au lieu d'en sortir avec force. Hepar sulf.

Grande fièvre, agitation, besoin d'uriner constant. Aconitum.

Brûlure et pression dans la vessie. Nux vomica.

Grande distension de la vessie. Arsenicum album.

Après des médicaments irritants. Camphor.

Douleurs de piqûres et de crampes périodiques; mucus épais, sédiment de poudre rouge vif. Berberis.

Urine alcaline et visqueuse. Kali bichromicum.

Grande douleur après avoir uriné. Natrum mur.

Urine semblable à du lait qui se décompose promptement. Acid. phos.

Après avoir été exposée au froid l'urine dépose un sédiment limoneux qui tient au vase. Pulsatilla.

Sensation d'une boule qui roule dans la vessie. Lachesis.

Sensibilité de l'hypogastre, ténesme de la vessie, brûlure dans la région des reins. Terebinthina.

Rétention d'urine, grande soif, langue sèche et délire. Hyosciamus.

Chez les vieillards et dans les cas chroniques, quand l'état aigu s'est calmé. Carbo veg.

Quand il y a paralysie des muscles vésicaux à la suite d'une longue rétention. Causticum.

Besoin d'uriner violent et persistant, grand ténesme; l'urine semble être du plomb fondu qui passe dans l'urèthre. Cantharis.

Urine trouble, et grande difficulté en commençant à uriner. Chimaphila.

Enuresis, irritation vésicale marquée. Vessie douloureuse et sensible. Pression dans la vessie. Equisetum.

Vessie irritable, l'urine coule goutte à goutte, très colorée, d'une odeur ammoniacale. Acidum benzoicum.

MEDICAL CENTURY (Mars).

Ce numéro contient :

1° Un article du Dr Laporte sur Antimonium tartaricum ;

2° Une étude des effets de la belladone et de la cocaïne sur la pupille, par le Dr Copeland ;

3° Un article du Dr Brown sur le traitement de la pharyngite aiguë, de l'origine tonsillaire et de la diphtérie ;

4° Un article du Dr Dewey dans lequel le savant professeur de Matière médicale à Ann Arbor montre que les progrès de l'allopathie depuis un quart de siècle ne sont guère que des applications de la loi des semblables ;

5° Divers articles de chirurgie dont un sur la scoliose, par le Dr Means et un autre sur le traitement de la hernie par Milton Rice, tous deux du plus grand intérêt.

Dr G. NIMIER.

REVUE DES JOURNAUX

INSUCCÈS DE LA GREFFE DE CAPSULES SURRENALES CHEZ LES ADDISONIENS

Nous avons reproduit dans un de nos derniers numéros, une observation de Beclère relatant la guérison d'un malade addisonien guéri par l'ingestion de capsules surrénales, nous reproduisons aujourd'hui les insuccès de la greffe rapporté par M. Paul Courmont (de Lyon). Chez une femme atteinte de maladie d'Addison, la greffe sous-cutanée de glande surrénale de chien amena la mort en vingt-quatre heures avec hyperthermie, affaiblissement et ralentissement du pouls et collapsus. Il en a été de même dans deux autres cas actuellement connus de greffe de capsule de chien chez l'homme (Augagneur, Jaboulay). L'explication de ces faits doit être cherchée dans une intoxication suraiguë (insuffisance capsulaire du malade, grande toxicité pour l'homme des glandes surrénales de chien, forte dose ainsi absorbée). Il semble que les résultats favorables des physiologistes obtenant une survie plus grande, chez les animaux acapsulés, par la greffe de glande surrénales soient dus à ce qu'ils emploient des capsules provenant de la même espèce que le sujet opéré. (*Semaine médicale*, 16 *avril*.)

SALICYLATE DE MÉTHYLE CONTRE LA COLIQUE HÉPATIQUE

M. Chambard (Lyon), conseille l'emploi par usage externe du salicylate de métyle dans le traitement de la colique hépatique. Partant de l'emploi du salicylate de

soude préconisé par M. Chauffard, de la découverte de Sciolla, de Gênes (1893) et des travaux de MM. Lannois et Linossier (1896) sur la pénétration par la peau du salicylate de métyle, il en arrive, par analogie, à l'appliquer dans le traitement de la colique hépatique. Le Dr Chambard publie à l'appui trois observations. Les malades, atteintes toutes les trois de lithiase biliaire avérée, ont vu leurs crises cesser devant le traitement, et déclarent préférer ce moyen à l'emploi du salicylate de soude prit à l'intérieur, et surtout le préférer à l'injection de morphine (*Médecine moderne*, 27 *avril*).

Traitement abortif des bubons vénériens par des injections intra-ganglionnaires d'eau salée

M. le Dr Waelsch, de Prague, a trouvé que les injections de la solution physiologique stérilisée de chlorure de sodium exercent une influence abortive sur les bubons vénériens.

Notre confrère injecte au niveau de la partie fluctuante du bubon, après en avoir préalablement aspiré le pus, 1 à 2 centimètres cubes d'eau salée, après quoi il faut encore pénétrer dans l'épaisseur du ganglion de 2 à 6 centimètres de cette même solution répartis en plusieurs piqûres; enfin il recouvre le bubon d'une compresse imbibée d'une solution d'acétate d'alumine. Le jour même, les douleurs ressenties au niveau du bubon disparaissent —contrairement à ce qui arrive après les injections mercurielles ou argentiques —, de sorte que les patients n'éprouvent plus aucune gêne dans la marche, puis le processus de suppuration s'arrête et la tumeur rétrocède rapidement. L'emploi du bistouri ne devient nécessaire que si le bubon s'est déjà ouvert avant l'injection salée

ou lorsque la peau qui le recouvre est très amincie ; mais, même dans ces cas, le champ opératoire reste très limité.

M. Waelsch a pu suivre jusqu'au bout 25 bubons ainsi traités, dont vingt ont guéri en l'espace d'une quinzaine de jours ; 5 fois seulement il s'est vu obligé de pratiquer une opération chirurgicale complémentaire (*Semaine médicale*, 6 *avril*).

Ce traitement ne pourrait-il pas être éssayé ainsi dans les adénites tuberculeuses.

VARIÉTÉS

RAPPORT SUR LES DISPENSAIRES HOMŒOPATHIQUES OFFICIELS DU BUREAU DE BIENFAISANCE D'ANVERS.

Année 1897.

Dans mes précédents rapports j'ai signalé, à diverses reprises, les progrès immenses que l'homœopathie a réalisés parmi les pauvres, depuis son introduction officielle dans le service médical du Bureau de Bienfaisance. Pour l'année qui vient de s'écouler, les résultats n'ont pas été moins brillants, car nous avons à enregistrer une augmentation de 923 prescriptions homœopathiques sur l'exercice précédent. Le chiffre des prescriptions délivrées en 1897 par les médecins homœopathes du Bureau de Bienfaisance s'est élevé, en effet, à 10.933.

Ce total se décompose de la manière suivante :

Dispensaire de la rue des Aveugles, Dr Lambreghts fils.	5.493
Dispensaires des rues Delin et de la Fraternité, Dr Schepens.	4.928

Enfants abandonnés, Dr Schepens.	156
Dr Boniface Schmitz, médecin suppléant. . .	356
Total. . .	10.933

L'homœopathie continue donc sa marche envahissante parmi les indigents d'Anvers, et acquiert chaque année un nombre plus considérable de partisans comme le démontre, à l'évidence, le tableau ci-dessous :

1892	2.922	prescriptions.
1893	4.663	—
1894	4.746	—
1895	7.003	—
1896	10.010	—
1897	10.933	—

Dans le cours de l'année 1897, une épidémie de scarlatine a éclaté à Anvers, et a causé de sérieux ravages parmi les enfants de la classe pauvre : Mon collègue et moi, nous avons observé de nombreux cas de scarlatine ; malheureusement, pour prévenir la contagion, nous avons été obligés de faire transporter à l'hôpital la plupart de nos malades atteints de cette affection. Cependant, nous avons soigné quelques cas à domicile, sur la demande de parents qui préféraient le traitement homœopathique au traitement allopathique des hôpitaux. Comme il était à présumer, ce traitement à domicile a dû se faire dans des conditions très défectueuses. La scarlatine est une affection grave qui réclame des soins assidus et l'isolement des malades, ce qui est impossible d'obtenir dans ces maisons humides et malsaines, où des familles nombreuses sont souvent logées à l'étroit dans une chambre unique. Aussi nous avons vu des cas de contagion se produire lorsque nous avons été appelés à instituer un traitement dans de pareilles conditions. Ces faits démontrent à l'évidence la

nécessité de mettre une salle à la disposition des malades qui ont confiance dans la méthode homœopathique. En présence du développement considérable que notre doctrine a pris dans la classe indigente d'Anvers, la création d'un hôpital homœopathique, que nous réclamons depuis six ans, est une question capitale qui devrait préoccuper les autorités compétentes, soucieuses de l'hygiène et de la santé publiques.

Les remèdes qui nous ont donné les meilleurs résultats dans la scarlatine sont : *belladone*, *apis* et *lachesis* dans la forme angineuse; *cuprum* et *ailanthus* dans la forme maligne; *arsenicum*, *terebenth.* et *apis* dans les complications de néphrite qui ont été très fréquentes.

Nous avons observé, en outre, quelques cas d'influenza ; ces cas ont été beaucoup moins nombreux que les années précédentes et il semble que cette affection tende à disparaître, du moins chez les pauvres. *Bryonia* et *arsen.* sont toujours nos médicaments de prédilection dans l'influenza.

La rougeole, la fièvre typhoïde, la coqueluche, l'érysipèle ont fait également quelques victimes.

Pendant la mauvaise saison, les affections aiguës des voies respiratoires ont été très nombreuses, surtout la bronchite, la laryngite, la pleurésie et la pneumonie.

Quant aux affections chroniques, elles forment le fond de la clientèle des dispensaires homœopathiques. Les pauvres s'adressent de préférence à l'homœopathie dans ces cas, car ils y trouvent souvent un soulagement que la médication allopathique est impuissante à leur donner.

Pendant l'exercice 1897, nous avons fait 1315 visites à domicile, nous avons eu 35 décès, ce qui est un chiffre très restreint, si l'on considère les nombreuses affections graves que nous avons soignées dans des conditions sou-

vent déplorables. Ces décès sont dus à la tuberculose pulmonaire, à la méningite tuberculeuse, à la broncho-pneumonie, à l'entérite chronique, aux convulsions, à la néphrite post-scarlatineuse, à la syphilis trachéale, à l'apoplexie cérébrale, etc., etc.

Nous avons fait transporter à l'hôpital 52 malades atteints de diverses affections qu'il était impossible de traiter à domicile.

En résumé, les dispensaires homœopathiques officiels d'Anvers sont dans une situation prospère et florissante, et si les autorités consentaient à mettre quelques salles à la disposition de nos malades, nous pourrions démontrer d'une façon plus manifeste la supériorité de notre médication. (*Journal belge d'homœopathie.*)

D[r] LAMBREGHTS fils, d'Anvers.

L'ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN

Prochainement aura lieu un événement mémorable qui fera époque pour le monde homœopathique. Le mardi 24 mai 1898, le corps de Samuel Hahnemann sera transporté au cimetière du Père-Lachaise. Les restes mortels du grand novateur quitteront le recoin solitaire où depuis si longtemps ils reposent délaissés pour prendre au grand jour leur place parmi les plus illustres dans les arts, les sciences, la politique et la guerre. Et bientôt, nous l'espérons, les nombreux disciples du Maître, les milliers de visiteurs du renommé cimetière pourront lire, gravé sur le granit d'un grandiose tombeau : Ci-git Samuel Hahnemann, fondateur de l'homœopathie, et son impérissable devise : *Similia Similibus Curantur.*

5e LISTE DE SOUSCRIPTION

	Francs.	
Soirée musicale chez le docteur et Mme Léon de Brasol, à Saint-Pétersbourg, 100 places à 5f, soit 500 roubles	1.330	»
Dr Bushrod James, de Philadelphie	200	»
Dr Krüger, de Nîmes	20	»
M. Delon-Soubeiran, conseiller général du Gard	5	»
M. Albin Nouguier, maire d'Uchand, Gard	5	»
Dr Noack, de Lyon	50	»
M. Goutry, vétérinaire, à Romange, Jura	20	»
Dr Largaud, de Saint-Quentin	20	»
M. Peuvrier, pharmacien à Paris	30	»
Baron H	10	»
Cte de Nontravel	5	»
M. Antoine Ravel, à Cavaillon, Vaucluse	50	»
Dr Silva, de Paris	10	»
Dr Pompili, de Rome	50	»
Dr Balmoussières, à Hyères	10	»
Dr Crépel, de Paris	20	»
M. Piotruzinski, pharmacien à Paris	20	»
Comtesse de Palikao, à Paris	20	»
Dr Nimier, de Paris	20	»
Dr Boullangier, de Nice	20	»
Souscriptions de l'*Homœopathic World*, avril 1898. S. S.C. 2 livres. Mrs Drew, 1 livre 1 s.	76	25
	1.991	25
Listes précédentes.	4.771	50
Total.	6.762	75

BANQUET DE HAHNEMANN

CENT QUARANTE-TROISIÈME ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE HAHNEMANN.

Le banquet annuel, en l'honneur de la naissance du fondateur de l'homœopathie a eu lieu le 20 avril, dans les salons du restaurant Marguery.

Nous avons eu le plaisir de compter parmi nous quelques-uns de nos confrères de province, entre autres M. le Dr Dubois (de la Charente) et M. le Dr Laurent (d'Anzin, Nord).

La presse était représentée par un des rédacteurs du *Gaulois*.

Au dessert, M. le Dr Simon, président de la Société, prit le premier la parole :

Messieurs,

Sénèque a dit : « Si vous avez rencontré un homme un, vous avez vu une grande chose. » Nos pères, qui ont connu Samuel Hahnemann, ont vu cette grande chose, car Hahnemann fut médecin et ne fut que médecin. Vous pourriez m'objecter qu'un jour il renonça brusquement à la pratique de notre art et lui resta étranger pendant plusieurs années. Mais qu'a-t-il publié pendant cette période de retraite volontaire ? Un recueil intitulé l'*Ami de la santé*, un dictionnaire de pharmacie, un guide médical des mères de famille, sans compter d'assez nombreux mémoires sur des questions de chimie appliquée soit à la pharmacie, soit à l'hygiène. De sorte qu'il a donné l'exemple, déconcertant au premier abord, d'un homme qui propage une science à laquelle il ne croit plus. C'est qu'il souffrait de la nostalgie du monde médical qu'il avait

déserté, et qu'il était comme un exilé, dont les regards restent toujours tournés vers le point de l'horizon derrière lequel a fui la patrie qu'il ne peut plus voir. Il est donc vrai que, depuis le jour où il termina sa vie d'écolier par une étude sur la structure de la main humaine, jusqu'à celui où il acheva ici même son existence pleine d'années et de vicissitudes, il a toujours marché droit son chemin, poursuivant sans jamais dévier l'accomplissement de sa tâche.

Voilà le secret de l'immensité de son œuvre. Découvrir une loi qui révolutionne la thérapeutique et par conséquent toute la médecine ; expérimenter sur soi même une centaine de médicaments ; créer de toutes pièces une science nouvelle, la matière médicale expérimentale ; agrandir à l'infini le domaine de la posologie ; doter la pathologie d'une classe tout entière de maladies, les maladies constitutionnelles ; voilà bien des conquêtes dont la moindre suffirait à immortaliser son auteur et à remplir une vie. Si Hahnemann les a toutes réalisées, c'est qu'il n'a jamais eu qu'une seule passion, qui lui a fait orienter toutes ses facultés vers un seul et unique but, la conservation et la restitution de la santé.

Et vous savez si elles étaient variées et brillantes, ses facultés ; certes nulle intelligence ne fut mieux douée. Savant, il connaissait les sciences naturelles, notamment la chimie, aussi bien qu'homme de son temps ; mais, médecin avant tout, il ne leur a jamais demandé que des notions applicables au lit du malade. Érudit et polyglotte, il était versé dans la plupart des littératures anciennes et modernes ; mais il n'a jamais commenté ni traduit que des livres traitant des diverses branches de l'art de guérir. Il a fait une seule exception en faveur de la vie d'Héloïse et d'Abailard ; c'est ce qu'on pourrait appeler son péché de

jeunesse, car il avait alors 28 ans. Lettré et littérateur, il a laissé des pages dignes des meilleurs écrivains de son temps ; mais les élans les plus lyriques de son enthousiasme furent inspirés par les destinées de la médecine, les accents les plus émus de sa pitié par les souffrances des malades. Philosophe, il a fait profiter ses disciples de la sûreté de sa méthode et il fait sentir à ses adversaires les rigueurs de sa dialectique ; mais, peu soucieux des discussions purement spéculatives, il n'a jamais fait appel qu'à la logique et à l'observation. Sincèrement religieux, il a célébré chaque jour les bienfaits de la Providence et plus d'un passage de ses œuvres pourrait être pris pour un hymne ou une prière. Mais il ignorait complètement les questions doctrinales et, s'il eût vécu à Paris au temps du diacre Pâris, à ceux qui lui auraient demandé s'il était moliniste ou janséniste, il aurait répondu : je ne suis ni l'un ni l'autre, je suis médecin. Aussi, lorsque le Dr Compton Burnett eut à prononcer son éloge à l'inauguration de l'école d'homœopathie de Londres, il ne trouva rien de mieux, pour résumer son discours, qu'une variante à la célèbre apostrophe de Ponce Pilate, et il s'écria : *Ecce medicus*. Et moi aussi, messieurs, qui dois à vos suffrages l'honneur de retracer devant vous un des traits caractéristiques de cette physionomie si noble et si attachante, de cette intelligence à la fois si simple et si complexe, j'insiste sur l'unité de sa vie et de son œuvre et je vous présente Samuel Hahnemann comme la véritable incarnation du médecin.

Cette qualité justifie amplement le culte que nous professons pour sa mémoire et auquel nous allons donner une forme tangible en abritant ses restes sous une tombe digne de lui. Produit de nos efforts communs, ce tombeau surgira comme un témoignage irrécusable de notre esprit

de concorde et de solidarité, esprit qui avait paru faiblir un instant parmi nous et que je suis heureux de voir s'affirmer de nouveau. Lorsque notre œuvre sera achevée, lorsque le moment sera venu de composer une épitaphe, ne trouvez-vous pas qu'il suffira de graver tout bonnement sur la pierre ces deux mots, qui disent si bien la vie et les mérites de notre grand ancêtre ; *Ecce medicus* ?

A Samuel Hahnemann, le type idéal et le plus parfait modèle de notre profession.

Deuxième toast : M. le Dr Jousset, père.

AU DÉVELOPPEMENT COMPLET DE LA VÉRITÉ THÉRAPEUTIQUE.

Le lien qui nous réunit en ce jour de fête est l'admiration et la reconnaissance pour Hahnemann. Je crois donc entrer dans vos sentiments en vous proposant de boire au triomphe de la vérité thérapeutique.

Messieurs,

Je vous propose de boire à la vérité thérapeutique parce que, dans mon esprit, c'est la réforme de Hahnemann qui représente cette vérité. Tout à l'heure notre honorable président a cité Ponce Pilate. En un jour mémorable, ce Romain a dit aussi lui : Qu'est-ce que la vérité ? Puis, aussi indifférent à la justice qu'il venait de l'être à la vérité, il se lava les mains et retourna à ses affaires. La vérité, o Proconsul, est une puissance plus grande que ton empire, elle résiste au temps, elle surmonte les obstacles et grandit au milieu des persécutions. Notre doctrine médicale possède ces trois caractères : elle est bien la vérité scientifique.

Née il y a deux mille ans d'une phrase d'Hippocrate : « Ce qui donne la strangurie à l'homme sain guérit la strangurie chez l'homme malade, ce qui donne la toux guérit la toux, ce qui donne la fièvre guérit la fièvre, *similia similibus curantur.* » Notre doctrine a traversé les siècles, incomprise, inapplicable ; elle a résisté aux temps,

à l'indifférence, à la critique ; elle a été invoquée et prise pour drapeau par tous les novateurs désireux d'échapper à la théorie galéniste, elle est enfin arrivée à Hahnemann, qui a compris ce qui manquait à cette formule pour être applicable et qui a créé la matière médicale. Et l'homœopathie a porté ses fruits.

Si grande, pourtant, qu'ait été l'œuvre d'Hahnemann, elle n'a pas été complète car il n'appartient qu'à Jupiter de produire en un seul effort la sagesse parfaite. De nos jours, Pasteur est venu ; il n'avait probablement jamais lu ni Hippocrate ni Hahnemann. Mais, comme ses deux précurseurs, Pasteur était un génie, un voyant, et voilà qu'il répète Hippocrate à deux mille ans de distance. Le charbon guérit le charbon, la rage guérit la rage, la diphtérie guérit la diphtérie et un de ses élèves vient de trouver le sérum de la fièvre typhoïde. Pasteur a donc apporté une pierre à l'édifice. Est-ce la dernière? Qui le sait ? Buvons toujours à l'éclosion complète de la vérité thérapeutique.

M. le Dr ENCAUSSE prononce quelques paroles improvisées, ainsi que M. le Dr LE BEC, chirurgien, qui remercie les médecins de l'hôpital Saint-Jacques de lui avoir permis de pratiquer des opérations dans cette maison hospitalière. Toujours aimable, notre distingué confrère, quoique chirurgien et allopathe, expose avec sincérité sa confiance en l'homœopathie, et cite des cas d'affections du genou que la chirurgie et la médecine générale n'avaient pas soulagés, et que l'homœopathie a guéris. Ces cas appartenaient à la pratique de M. le Dr MARC JOUSSET.

Toast du Dr DUBOIS DE SAUJON (Charente-Inférieure).

Messieurs,

L'année dernière, pour la première fois, j'ai assisté à votre banquet ; j'y reviens cette année : c'est vous prouver

que je suis reconnaissant de l'accueil cordial que vous m'avez fait. Je n'ai pas osé, l'an passé, prendre la parole pour vous remercier et me faire connaître. Aujourd'hui je suis plus hardi et je tiens à vous dire qui je suis.

Mon père était médecin, il exerçait en province dans un petits pays de la Charente ayant nom : Saujon. Il y a une quarantaine d'années, l'une de ses plus riches clientes, très malade paraît-il, voyant échouer toutes les pilules, les loochs et les emplâtres, lui demanda d'écrire à M. Tessier, dont la réputation avait franchi monts et vallées et était venue jusqu'à Saujon. Mon père, bon allopathe, se moqua quelque peu de sa cliente mais n'en déféra pas moins à son désir. Il écrivit à M. Teissier en lui envoyant l'observation de la malade. Par retour du courrier il recevait des globules, grâce auxquelles en quelques semaines elle était sur pied. Elle vit encore.

Dans cette guérison qui le surprend, mon père a le bon esprit de ne pas voir une simple coïncidence ; il n'hésite pas un instant, il abandonne clients, femme, enfants, il part pour Paris (à cette époque on y venait moins vite et moins facilement qu'aujourd'hui), il prend une modeste chambre au quartier latin et pendant deux mois il redevient étudiant ayant pour chef l'illustre Tessier, qui était alors médecin de l'hôpital Beaujon.

Après deux mois de travail auprès de cet excellent maître, il repart pour sa province emportant quelques livres et une boîte de médicaments homœopathiques. Il soigne et guérit tant et tant de malades qu'en trois ans sa clientèle avait sextuplé. Les pharmaciens allopathes du pays ne vendaient plus de drogues, leur sort eût été digne de pitié, si sans mot dire, sans proposer à mon père de délivrer sur ordonnance des médicaments homœopatiques, ils n'avaient pas commencé contre lui une guerre déloyale,

dont le premier acte d'hostilité fut une dénonciation au *procureur impérial* (1) pour exercice illégal de la pharmacie. Le procédé était brutal, mais il réussit au gré de ces messieurs ; mon père fut condamné à 5 francs d'amende, minimum de la peine.

Traqué par les pharmaciens, tourné en ridicule par ses confrères, il n'abandonna pas la partie et il leur riposta par la création d'un établissement hydrothérapique, disant à ses détracteurs : « Vous m'empêchez de vendre l'eau en potion, vous ne m'empêcherez pas de la vendre en ablutions. » Et c'est ainsi que fut créé en 1860 l'Établissement hydrothérapique de Saujon.

Dès ma plus tendre enfance, je vois l'homœopathie et l'hydrothérapie s'unissant comme deux bonnes sœurs pour me faire vivre et me soulager lorsque je souffre ; j'aurais dû leur en être bien reconnaissant et les aimer toujours, ces deux sœurs.

Mais voilà où les choses se gâtent. Mon père veut faire de moi un médecin : j'en avais le goût, je lui obéis sans difficulté. Esprit fort à 17 ans, je me mets en tête que mon pauvre père avait dû se fourvoyer et je jure bien que je ne m'exposerai pas comme lui, à être appelé *charlatan*, *marchand d'eau intus et extra*. Ne voulant pas être le *fils à papa*, j'arrive à Paris bien préparé pour la culture des pures doctrines allopathiques. Je vais comme externe chez Gallard ; vous savez tous l'acharnement avec lequel il tournait en ridicule l'homœopathie. J'étais à bonne école et je ne tardai pas à être convaincu de l'absurdité de la doctrine.

Sur ces entrefaites mon frère plus jeune prend une fièvre typhoïde grave, *forme ataxique* avec délire dès le

(1) Le fait se passait sous l'Empire.

sixième jour. On me rappelle de Paris, je pars, emportant une bonne potion au musc conseillée par mon maître Gallard, auquel je crus devoir soumettre le cas avant de me mettre en route. J'arrive et je trouve mon pauvre rère dans un état désespéré, avec délire, dysphagie. On l'alimentait depuis deux jours à l'aide d'une éponge qu'on imbibait goutte à goutte de bouillon et de lait. Je veux glisser ma potion musquée ; mon père s'y refuse, affirmant que si le malade doit guérir, il guérirait plus sûrement avec *Belladona*, *Stramonium*, *Hyosciamus*, *Acidum muriaticum* qu'avec mon musc parisien. Cet entêtement paternel, cette confiance dans la médication homœopathique venant d'un père médecin, en présence d'un cas aussi grave, me révolutionnèrent, et je me dis : « Si cela était de la fumisterie, du charlatanisme et de la blague, comme le dit Gallard, mon père ne traiterait pas son fils qu'il adore avec des globules à la 12e dilution. » Assis au chevet du moribond je lus, je dévorai l'*Organon*, je commençai l'étude de la *Matière médicale*, je trouvai mon chemin de Damas en surveillant la convalescence de mon frère.

Et maintenant vous me connaissez; vous savez qui je suis.

Si mes relations obligatoires et fréquentes avec les grands chefs de l'école allopathique m'empêchent d'être officiellement des vôtres, du moins vous ne pouvez douter que je suis avec vous de cœur et d'esprit. Vous savez que j'ai un culte pour deux maîtres : Hahnemann et Priessnitz.

Aujourd'hui, je veux boire à la mémoire du plus illustre des deux, à la mémoire d'Hahnemann. Je veux boire également à la mémoire de Léon Simon et de J.-P. Tessier, dont les fils tiennent haut et ferme le drapeau de l'homœopathie. Je veux boire à votre vénéré maître Jousset, au président de ce banquet et à la santé de chacun de vous.

M. Trichon termine la série des toast par le speach suivant :

A LA PRESSE HOMŒOPATHIQUE PRÉSENTE ET FUTURE

Messieurs,

Après le toast traditionnel à la presse en général, qui veut bien nous honorer de son attention, il y a place, n'est-ce pas, pour celui à notre presse à nous, à la presse homœopathique. C'est une phalange dont les fronts de bataillon ont peu d'envergure mais dont la valeur et la ténacité compensent amplement l'exiguité des cadres.

Par droit d'ancienneté et ordre de mérite, salut et honneur à l'*Art médical*, à sa rédaction et principalement à son chef vénéré qui la mène avec tant d'entrain et de succès au bon combat : il a passé dans ce recueil vigoureusement tant de jouteurs inoubliables que tenter son éloge serait retracer les pages les plus glorieuses de notre histoire. Je n'aurai pas cette prétention, ne pouvant rien dire d'ailleurs que vous ne sachiez aussi bien et même mieux que moi.

Plus jeune et non moins méritante, la *Revue française d'homœopathie* condense dans ses colonnes tout ce qui se publiait jadis à Paris et en province, en dehors de l'Art médical. Est-ce un bien, est-ce un mal que cette concentration si accentuée, il y aurait beaucoup à dire là dessus... passons. Quoi qu'il en soit, telle qu'elle est, la revue est digne de tous les mercis de l'homœopathie.

Quand elle aura, prenant pour modèle une publication similaire d'un petit pays voisin, agrandi considérablement son format, groupé un noyau plus compact et plus persévérant de rédacteurs, étendu ses échanges et, profitant des aptitudes polyglottes de beaucoup d'entre vous, abouti à nous donner un tableau plus exact et plus copieux de ce qui se fait et ce qui s'écrit hors de chez nous,

— quand elle se sera faite davantage toute à tous admettant la contradiction et la critique, éléments essentiels du progrès, quand enfin elle sera parvenue à paraître régulièrement à jour fixe, la revue aura acquis des droits plus grands encore à notre reconnaissance et deviendra de plus en plus l'organe de tous ceux, qui, sans méconnaître les travaux modernes, estiment cependant qu'il y a plus de vérités théoriques et de profits professionnels à récolter dans l'œuvre grandiose de Hahnemann que dans bien des conceptions encore confinant à la chimère du domaine contemporain. Disons vite, pour être justes, que la Revue marche à grands pas vers cet idéal sous l'impulsion du distingué secrétaire général qui, à beaucoup d'érudition, joint l'avantage de trouver plus de temps à lui répartir que ses prédécesseurs.

Pourquoi parlant de la presse existant n'enverrions-nous pas aussi un salut cordial et confraternel à cette revue belge à laquelle j'ai fait allusion plus haut et qui, rédigée dans notre langue, a su mériter l'estime de tant de praticiens français ? Si nous pouvions mieux souligner, de par elle, la force de la cohésion, l'efficacité de la distribution du travail, l'utilité incontestable du commerce intellectuel avec l'étranger ; si nous lui empruntions l'idée d'une ou de plusieurs de ces policliniques qui seraient aussi avantageuses aux praticiens qu'aux malades, avouez que notre merci anticipé à cette jeune sœur serait plus encore de la justice que de la courtoisie internationale.

Messieurs, ici devrait se terminer mon toast à la presse homœopathique, mais avant de m'asseoir je voudrais essayer de vous intéresser à une création, qui, si vous le voulez bien, cessera de faire partie de la presse future.

L'*Art médical* et la *Revue* ne touchent qu'une catégorie des tenants de l'homœopathie, le corps médical ; il en est

une autre, bien plus nombreuse, qui est sans organe, je veux parler du grand public. Où trouve-t-il les éléments de connaissances sur la méthode curative nouvelle — où se compensent par les enseignements de la vérité, toutes les inepties, les embuches et les erreurs qui pullulent — médicalement parlant dans la presse ambiante? Nulle part. — N'est-ce pas une chose étrangère que le plus ridicule marchand d'orviétan ou le plus néfaste débiteur de panacée ait son recueil attitré et son placard aux quatrièmes pages de nos journaux quotidiens et que l'école homœopathique ne puisse, nulle part, se mettre en communication avec le public. D'aucuns, parmi vous, trouvent que cela est bien, ayant, disent-ils horreur de la publicité ; mais il est bon de remarquer que ce sont généralement ceux qui sont sur la fin de leur carrière, ou ceux qui ont trouvé une clientèle à peu près faite dans leur berceau. Quant à ceux qui, en si grand nombre, luttent le grand combat pour la vie, ils savent bien que, pour attirer ce public, il faut aller à lui et lui prouver en même temps et qu'on existe et que ce qu'on lui apporte serait au mieux de ses intérêts.

Vous avez beau vous dévouer dans vos hôpitaux et vos dispensaires, vous dépenser dans vos cours et vos conférences, aucun écho ne répercute vos efforts; que de parties importantes de ces travaux seront improductives ! Quand on pense que nous avons de vieux clients qui sont tout étonnés d'apprendre qu'il y a deux hôpitaux homœopathiques à Paris, comment voulez-vous que le sachent ceux qui ne fréquentent ni vos cabinets, ni vos officines, ni vos dispensaires.

Le moyen de parer à ce grave inconvénient est d'avoir un organe spécialement écrit pour le public, et où il

ne sera question, médicalement parlant, que de l'homœopathie.

La société pour sa propagation l'avait bien compris de cette façon, puisque, avant cette crise si inexplicable et si prolongée de léthargie qui l'a atteinte, — je dirai mieux éteinte, — elle avait émis le vœu formel d'un journal de vulgarisation à faire paraître.

Ce que l'intéressante hypnotisée n'a pu faire, quelques bonnes volontés groupées l'ont tenté, et chacun de vous a reçu ou va recevoir un exemplaire d'un journal intitulé les *Annales homœopathiques*. Ce que veut être et sera cette publication, inutile de le développer ici, puisqu'elle vous le dira elle-même ; je ne suis prié que de vous annoncer sa naissance et de vous recommander sa viabilité. Chacun sait qu'il ne faut pas demander aux médecins — à coups trop pressés — de l'argent et de la copie ; aussi ne nous demande-t-on que très peu de l'un et de l'autre, de quoi juste subvenir à des frais modiques et ne pas trop surcharger les initiateurs dont... les goussets, moins heureux que la Gaule, attendent encore l'invasion des Francs.

Ce qu'on nous demande par-dessus tout c'est de la confiance et de la sympathie. L'année dernière, une voix autorisée formulait le vœu de création d'une faculté : c'est bien prétentieux, et cependant il y a eu commencement d'exécution par la création de l' *Ecole française d'homœopathie*. Puisse cette année aboutir à l'épanouissement de son journal populaire.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. - Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

JUIN 1898

COMPTE RENDU OFFICIEL

DE

L'EXHUMATION DU CORPS DE HAHNEMANN

au cimetière Montmartre et de son transfert au Père-Lachaise, publié par la Société homœopathique française et par les représentants du comité international du tombeau, présents à la cérémonie du 24 mai 1898.

Le mardi 24 mai 1898, a eu lieu, en présence de l'autorité civile et de trente-cinq personnes, l'exhumation solennelle du corps de Samuel Hahnemann, fondateur de l'homœopathie.

La cérémonie commença à 8 heures et demie du matin par l'arrivée de M. le commissaire de police, représentant l'autorité civile, et comportait l'exhumation du corps de Hahnemann et de celui de sa femme, d'après l'engagement pris avec Mme la baronne de Bœnninghausen, fille adoptive et héritière de Mme veuve Hahnemann.

Etaient présents :

M. le Dr Süss-Hahnemann, petit-fils de Samuel Hahnemann, venu d'Angleterre.

M. Cloquemin, vice-président de la Compagnie transatlantique, représentant Mme la baronne de Bœnninghausen.

Le Comité international du tombeau était représenté

par M. le Dr Richard Hughes, de Brighton, et par M. le Dr François Cartier, secrétaire du Comité, de Paris.

Etaient présents MM. les docteurs et pharmaciens dont les noms suivent : Léon Simon, président de la Société homœopathique française, Parenteau, Conan, Jousset père, Jousset fils, Nimier, Faure (J.-B.), Guinard, Faure (Élie), Tissot, Dezon, Nuguay, Boyer, Love, Chancerel père, Chancerel fils, Georges Tessier, Trichon, Peuvrier, Hermann, Vautier, Kœnick, Girardeau, Ecalle et Bernard Arnulphy, de Chicago.

Le Dr Gannal, qui avait procédé à l'embaumement du corps de Hahnemann comme assistant à la cérémonie.

Enfin cinq personnes, étrangères à la médecine, complétaient le chiffre des trente-cinq personnes réunies pour la circonstance.

La dépêche de M. le Dr de Brasol, président du comité, adressée au secrétaire du comité, est lue au début de la cérémonie.

Ne puis venir, suis en pensée à Paris participant de toute âme à votre solennité. Il est consolant que l'honneur dû à notre maître est enfin rendu. Reste à désirer succès de l'œuvre entreprise par vous si énergiquement, et que dans deux ans, la tombe soit embellie par le beau monument.

Dr Brasol

M. le Dr Cartier prend le premier la parole :

Messieurs,

En face de ce caveau ouvert, devant ce cercueil contenant le corps de Samuel Hahnemann, notre illustre maître, mon devoir n'est pas de retracer l'œuvre de

l'homme de génie qui a remué le monde par ses idées et sa doctrine. En ma qualité de secrétaire du Comité international du monument funéraire et délégué français, le seul pouvant agir sur les lieux, je dois à tous ceux qui sont présents ici, à tous ceux qui attendent avec anxiété le résultat de la cérémonie d'aujourd'hui dans le monde entier, offrir les preuves palpables et évidentes que nous sommes bien en présence des précieux restes de Samuel Hahnemann, et que le monument que nous allons ériger au Père-Lachaise abritera bien le corps du fondateur de l'homœopathie. Ceci est motivé par de récentes polémiques, qui se sont produites à ce sujet dans certains journaux homœopathiques et qu'il importe absolument d'enrayer, en offrant toutes les preuves d'authenticité.

Les preuves peuvent se résumer en deux groupes : 1° Les renseignements fournis par les registres de l'autorité civile et par les récits de la famille et des homœopathes coïncidants avec les marques du caveau et du cercueil; 2° enfin l'ouverture du cercueil de Hahnemann, dont les traits doivent être encore reconnaissables.

Hahnemann est enterré dans la sépulture Lethière; Hahnemann est le premier corps qui se rencontre à l'ouverture du caveau. Telle est la première partie des preuves à démontrer.

D'une part, les registres du cimetière et de l'état civil; d'autre part, les renseignements fournis par le petit-fils de Samuel Hahnemann, le Dr Süss-Hahnemann ici présent; par Mme de Bœnninghausen, la fille adoptive de Mme veuve Hahnemann, née d'Hervilly, par tous ceux qui ont vécu du temps d'Hahnemann, ou qui ont écrit sur sa vie, attestent que Chrétien-Samuel Hahnemann,

mort à Paris en 1843, a été enterré dans la sépulture Lethière, indiquée par une concession perpétuelle, portant le n° 324, de 1832, et 414, de 1834.

La concession de gauche, est la sépulture Hahnemann, portant le n° 231, de 1847. Cette sépulture renferme uniquement le corps de Mme veuve Hahnemann, née Mélanie d'Hervilly, morte en 1878. C'est à tort que certains homœopathes ont prétendu que le corps de Hahnemann reposait dans cette sépulture. Messieurs, elle est maintenant ouverte devant vous, elle ne contient qu'un cercueil dont le signalement répond à l'état civil de Mme Hahnemann, née d'Hervilly.

La sépulture Lethière, où repose le corps de Hahnemann, a été reproduite en gravure dans le journal du Dr Schwabe, *Homœopathischer Kalender*, en 1892, et plus récemment dans le *Hahnemannian Monthly* d'octobre 1896. Depuis l'époque du dessin, le toit en zinc a été enlevé, mais vous pouvez voir, messieurs, l'identité de la grille en fer, et la forme de la pierre tombale, avec le dessin que je vous montre sous les yeux. Enfin vous voyez, comme preuve évidente, dans le coin de la pierre tombale, cette inscription : C. P. 324 (concession perpétuelle 324).

Nous savions également, par les autorités du cimetière et par le récit de la famille et des médecins homœopathes, que le cercueil d'Hahnemann était le dernier déposé. Le corps de Gohier a été enterré le premier, le cimetière ne possède plus la date du décès ; le corps de Lethière, mort en 1832, est au milieu ; enfin le dernier arrivé, c'est-à-dire le premier au-dessous de la dalle, est le corps de Hahnemann, inhumé en 1843.

Le numéro d'identité du cercueil de Hahnemann, inscrit

sur les registres du cimetière Montmartre, est : N° 1252, Ier arrondissement, 1843.

Or, messieurs, vous venez constater aujourd'hui l'authenticité de ces indications.

Nous lisons distinctement sur le premier cercueil en plomb qui s'offre à nos yeux, séparé des autres par une couche de ciment, immédiatement au-dessous de la dalle de la sépulture Lethière, l'inscription suivante, qui n'a nullement été altérée par le temps :

N° 1252, Ier arrondissement, 1843.

Plus haut, sur le cercueil, vous voyez une estampille en plomb, ainsi formée :

BREVET D'INVENTION
Embaumement Gannal.

Or, nous savons que le corps de Hahnemann a été embaumé par un des premiers spécialistes de l'époque. La maison Gannal existe encore, 6, rue de Seine. J'ai eu l'occasion de voir le Dr Gannal, fils et successeur, qui était assistant de son père à l'embaumement qui s'est fait, d'après lui, au sulfate d'alumine (procédé Gannal), bien que le Dr Süss-Hahnemann, également témoin oculaire, prétende que l'arsenic a été l'agent employé. Sur les registres de la maison Gannal, se trouvent encore écrits ces mots : « 3 juillet 1843, embaumement de M. le Dr Hahnemann, 2.000 francs. » Aujourd'hui, M. le Dr Gannal est parmi les assistants et a tenu à être présent à l'exhumation.

Je résumerai donc par ordre numérique les preuves de l'authenticité du corps de Samuel Hahnemann :

1° Hahnemann est enterré dans la sépulture Lethière, et non dans la sépulture Hahnemann, d'après les registres du cimetière et de l'état civil, d'après le récit d'un témoin

oculaire, le D[r] Süss-Hahnemann, petit-fils de Hahnemann d'après l'attestation de Mme de Bœnninghausen, fille adoptive de Mme veuve Hahnemann, d'après les écrits de tous ceux qui ont retracé la vie de Hahnemann.

2° Le cercueil de Hahnemann dans la sépulture Lethière est bien celui portant le n° 1252, I[er] arrondissement, 1843. Car : 1° le n° 1252 est très visible sur le cercueil, c'est le même qui est écrit sur le registre du cimetière ; 2° la rue de Milan où est mort Hahnemann, actuellement IX[e] arrondissement, faisait partie du I[er] arrondissement de Paris en 1843 ; 3° Hahnemann seul est mort en 1843, dans la sépulture Lethière où reposent deux autres corps, enterrés en 1832, et le premier avant 1832 ; 4° l'estampille portant la marque de l'embaumement Gannal est encore une autre preuve.

Enfin, messieurs, pour dissiper encore tous les doutes, j'ai obtenu de la préfecture de police l'autorisation d'ouvrir le cercueil en plomb ; nous allons pouvoir assister à un spectacle bien émouvant, unique dans notre vie ; nous contemplerons les restes de celui qui est notre guide de chaque jour, notre maître à tous. Les traits de l'illustre Hahnemann, qui viennent de dormir pendant cinquante-cinq ans, apparaîtront encore à la lumière pour la dernière fois !

Après l'allocution de M. le D[r] Cartier, M. *Cloquemin* prend la parole. Il remercie au nom de Mme de Bœnninghausen, qu'il représente à la cérémonie, la Société homœopathique et en particulier M. le D[r] Cartier de l'œuvre des médecins homœopathes, à laquelle Mme la baronne de Bœnninghausen porte le plus grand intérêt. Elle se réjouit de savoir que les restes de sa mère, pour

laquelle elle a eu la plus tendre piété filiale, seront unis à ceux du Dr Hahnemann dans le même caveau au Père-Lachaise.

M. le Dr Simon, président de la Société homœopathique française, prononce ensuite le discours suivant :

Messieurs,

Grâce au bon vouloir de Mme la baronne de Bœnninghausen, aux bons offices de M. Cloquemin et au zèle du Dr Cartier, nous pouvons honorer la mémoire de Samuel Hahnemann, conformément à nos plus chers désirs ; la Société française d'homœopathie leur en exprime toute sa gratitude. Elle est prête à recevoir ces deux cercueils du comité que le Dr Richard Hughes et le Dr Cartier représentent ici ; vous pouvez être sûrs que nous veillerons soigneusement sur ce précieux dépôt.

Deux générations ont déjà passé, messieurs, depuis le jour où notre Maître a quitté ce monde et c'est aux petits-fils de ses contemporains qu'échoit la tâche inespérée de lui offrir un tombeau moins modeste que celui dans lequel il a reposé jusqu'à ce jour. Étrange retour des choses d'ici-bas, qui prouve une fois de plus que l'homme s'agite et Dieu le mène ! qui prouve aussi que la gloire d'Hahnemann résiste à l'épreuve du temps. D'abord il revit en son petit-fils, qui suit fidèlement la voie tracée par lui. Et puis son nom est assuré contre l'oubli parce qu'au lieu de travailler pour le présent et pour lui-même, il a travaillé pour tous les temps et pour l'humanité tout entière. Aussi, peu importe que le présent, aveugle et ingrat, l'ait méconnu et dédaigné ; la postérité, dont nous sommes l'avant-garde, se prépare à lui rendre justice.

Salut, Hahnemann ! Nous nous inclinons devant tes

restes vénérés, auxquels, plus heureux que nos devanciers, nous pouvons rendre les honneurs qui leur sont dus. Pleins de foi dans l'avenir nous donnons rendez-vous devant ton mausolée aux médecins qui assisteront au congrès de 1900. Ta tombe leur paraîtra plus belle, éclairée par l'aurore du siècle prochain, qui verra certainement le triomphe de ta doctrine.

Après les vibrantes paroles de M. le Dr Simon, qui émeuvent profondément l'assistance, M. le Dr *Richard Hughes*, de Brighton, s'avance et prononce en français le discours suivant :

Mesdames et messieurs,

J'obéis au désir de mes collègues en vous adressant quelques mots au nom des homœopathes anglais, et vous me pardonnerez si je m'exprime mal dans votre langue.

L'Angleterre ne peut se vanter d'être le lieu de la naissance ou de la mort de Samuel Hahnemann; mais, pas plus que l'Allemagne ni la France elle ne manque en dévoûment à sa mémoire. Ses institutions le montrent. L'année de son décès, elle avait déjà fondé le *British Journal of Homœopathy*. L'année suivante se forma la « British Homœopathic Society ». Cinq ans plus tard fut ouvert le « London Homœopathic Hospital », récemment reconstruit sur ses fondements au prix de 48.000 liv. st., et contenant à présent 100 lits. Le « Journal » soutint le drapeau de l'homœopathie pendant quarante-deux ans : la « Society » et l' « Hospital » continuent l'œuvre jusqu'à ce jour. Comme représentant de ceux-ci, et aussi de nos journaux actuels, je viens parmi vous aujourd'hui apportant leurs salutations fraternelles à l'Art médical, à la

Société française de l'homœopathie, et aux hôpitaux Hahnemann et Saint-Jacques.

Vous avez entendu par M. Cartier ce que nous avons à faire et ce qui a déjà été fait. Nos chaleureux remerciements lui sont dus, ainsi qu'à la Société pour laquelle il agit, qu'ils ont si bien écarté les obstacles sur notre route. Aujourd'hui les disciples de notre Maître peuvent réclamer son précieux corps, contempler ses traits si calmes dans le grand repos de la mort, et le retirer de son obscur entourage actuel pour le déposer parmi quelques-uns des

Kings of Thongt
Who wage contention with their times decay,
And of the trust are all theat cannot pass away.

Voici notre tâche d'aujourd'hui. Demain nous nous apprêterons à faire ériger sur ces restes un monument digne de ses mérites et de notre vénération, à la vue duquel le monde pourra demander: Quel fut cet homme, auquel, après plus de cinquante ans, ses disciples ont fait tant d'honneur? Il demandera; et ceux qui connaissent déjà qui il fut viendront en pèlerinage de tous les pays de l'Europe, de l'Amérique Nord et Sud, des Indes, de l'Australie, et se réjouiront de voir le Maître ainsi honoré. Ils repartiront armés d'un nouveau courage pour suivre la voie qu'il a ouverte, pour l'avancement de son art et le bien de ses malades.

Collègues français! l'Angleterre s'unit avec vous dans vos vœux et dans votre œuvre.

Allocution du Dr *Suss-Hahnemann* en français.

Comme représentant de l'Allemagne et de la famille Hahnemann, je suis bien heureux qu'il me soit permis de participer à cette intéressante cérémonie. — Il y a cin-

quante-cinq ans, j'étais présent à l'enterrement de mon grand-père qui est resté ici sans nom et sans monument pendant plus d'un demi-siècle. Grâce au Comité international, et particulièrement au Dr Cartier, Samuel Hahnemann a trouvé une place de repos digne de son nom.

Ouverture du cercueil.

La série des discours et allocutions étant terminée, les ouvriers procèdent à l'exhumation du cercueil de Hahnemann.

Devant le commissaire de police, les ouvriers s'emparent du cercueil, qu'ils remontent sur le sol au moyen de cordages; on le place sur les planches qui recouvrent le trou produit par l'exhumation préalable de Mme Hahnemann.

Le Dr Gannal, qui dirige les opérations, s'aperçoit que le cercueil en plomb de Hahnemann a été *vissé* et non *soudé*, et exprime devant les médecins ses craintes que le corps ne soit pas bien conservé. Les ouvriers dévissent les vis qui ne sont pas trop rouillées et font sauter celles que le temps a usées. Le couvercle de plomb commence à s'entrebâiller par le bout inférieur, et les assistants aperçoivent les pieds de Hahnemann enveloppés de linges qui se dressent contre la paroi du cercueil, ils paraissent bien conservés; mais à mesure que l'on fait sauter les vis, et que le couvercle s'ouvre davantage, on s'aperçoit qu'il y a de l'eau dans le cercueil, et les craintes de la non-conservation du corps s'augmentent.

Finalement le couvercle saute, et le corps de Hahnemann, recouvert et enveloppé de bandes de soie apparaît. La conformation du corps, dessinée sous les bandelettes de l'embaumement est bien intacte, le corps est légère-

ment affaissé; mais ce qui frappe surtout les assistants, c'est la petitesse de la taille de Hahnemann. Nous questionnons les personnes ayant connu Hahnemann, et on nous répond qu'en effet le fondateur de l'homœopathie était petit.

Le corps baigne dans l'eau; ce liquide ne provient pas de l'embaumement, mais des eaux venant de l'extérieur; les terrains du cimetière Montmartre sont continuellement infiltrés, au dire des autorités compétentes, par les eaux qui glissent sur le fond argileux du sol; mais si le cercueil, en 1843, avait été soudé et non vissé, il n'y aurait pas eu pénétration. La présence de l'eau dans le cercueil devait amener fatalement la décomposition du corps!

L'embaumeur avait eu soin, outre les bandes de soie, de recouvrir la tête et les mains de pièces de laine, imbibées d'essence; au bout du demi-siècle, ces pièces de laine apparaissaient comme de grosses éponges encapuchonnant la tête de Hahnemann, et ses mains qui étaient croisées sur son corps.

Le Dr Gannal retire au niveau de la figure et des mains, les débris de laine et les bandes de soie qui sont mieux conservées que le reste. Il cherche la tête de Hahnemann, mais il ne découvre qu'une bouillie de matières décomposées et d'os. Il cherche les yeux en émail qu'on avait dû introduire dans les orbites. Le corps de Hahnemann était en pleine décomposition; il ne tire qu'une longue tresse de cheveux de femme entourant le cou; c'était probablement des cheveux de Mme Hahnemann.

Dans l'impossibilité de reconnaître les traits de Hahnemann, le Dr Gannal sort heureusement du cercueil une série de pièces qui assurent l'authenticité du corps, et que nous allons décrire en détail.

1° *La bague d'alliance.*

En fouillant les mains, le Dr Gannal retire des os séparés, et finitpar découvrir sur un métacarpien la bague de mariage de Hahnemann avec Mélanie d'Hervilly. Cette alliance en or, qu'on présente aux assistants, est formée de deux petits anneaux réunis; avec un canif on sépare les deux pièces de la bague, et sur l'un des anneaux, on lit, gravés ces mots :

Samuel Hahnemann, Mélanie d'Hervilly.
Verbunden Cœthen, 18 *janvier* 1835.

L'alliance est remise à l'un des os de la main de Hahnemann par ordre du commissaire de police.

2° *La médaille en or des homœopathes français.*

Aux pieds de Hahnemann se trouve une bouteille bouchée à l'émeri et cachetée. Le commissaire de police permet de la briser; elle contient des papiers relatifs au procédé d'embaumement Gannal, la médaille en or des homœopathes français à leur maître, et enfin une lettre autographe de Mme veuve Hahnemann, qui formera la troisième pièce à conviction, trouvée dans le cercueil.

La médaille en or, admirablement conservée, représente sur une de ses faces le profil de Hahnemann; œuvre de David d'Angers, sculpteur du fameux buste de Hahnemann qui sert de reproduction à ses portraits. L'autre face est occupée par des inscriptions :

A leur Maître les homœopathistes français.
Similia similibus curantur.

Cette médaille a été frappée en bronze ; M. le Dr Boyer en avait apporté un spécimen identique à la médaille du cercueil. Après avoir circulé parmi les assistants, la médaille d'or est remise dans le cercueil.

3° *La lettre autographe de Mme veuve Hahnemann.*

Au milieu des papiers relatifs à l'embaumement, et conservés dans la bouteille, on découvre une lettre autographe de Mme Hahnemann, que le commissaire de police nous a permis de reproduire en phototypie.

L'écriture authentique de Mme Hahnemann est attestée par des témoins qui ont connu la veuve du créateur de l'homœopathie. — M. Cloquemin, représentant la famille Bœnninghausen, et M. le Dr Heermann (de Paris), reconnaissent sans la moindre hésitation son écriture.

Voici la lettre.

Chrétien, Frederic, Samuel
Hahnemann
né à Meissen, en Saxe.
le 10 avril 1755. mort à
Paris le 2 Juillet 1843 =
Sa femme
Marie Mélanie D'Hervilly
le rejoindra dans ce tombeau
ainsi qu'il l'a désiré —
et l'on y inscrira ces mots
tracés par lui =

Hic nostri. cineri cinis. ossibus ossa. sepulcro
Miscentur. vivos ut sociavit amor

Fin de la cérémonie à Montmartre.

A dix heures du matin se termine la cérémonie du cimetière Montmartre, elle avait duré une heure et demie. Les ouvriers remettent le couvercle en plomb ; le cercueil en plomb est enfermé dans une nouvelle bière en bois, sur laquelle on cloue l'ancienne plaque (n° 1252, I^er^ arrondissement, 1843), et une plaque neuve, très large, en cuivre, sur laquelle est gravé le nom de « Samuel Hahnemann ».

Pendant ce temps, les assistants se retirent, convaincus de l'identité du corps, mais regrettant l'insuccès de l'embaumement.

Les bières de Hahnemann et de sa veuve sont placées sur un corbillard, et 10 personnes accompagnent le convoi au cimetière du Père-Lachaise ; parmi elles se trouvent MM. les docteurs Süss-Hahnemann, Richard Hughes, Simon, Heermann et Cartier, et enfin M. Cloquemin.

Au Père-Lachaise.

Autant l'endroit retiré de Montmartre, paraissait petit et mesquin, autant le nouveau lieu de Hahnemann apparaît comme une véritable réhabilitation. Le chemin du Dragon, au Père-Lachaise, où se trouve maintenant le fondateur de l'homœopathie, est une voie des plus pittoresques, garnie d'arbres séculaires ; il y a quelque chose de grandiose et de mystérieux ; peut-être l'a-t-on baptisé de ce nom par l'analogie qu'il présente avec des endroits que fréquentait cet animal mystérieux et insaisissable. A chaque pas de ce célèbre Père-Lachaise, l'esprit revit avec tout ce que la France a abrité de grand et de célèbre dans les sciences, les beaux-arts et la guerre. Ici la musique est représentée par Rossini, Auber, Donizetti ; là les

poètes et les écrivains célèbres. Racine se trouve presque à côté de Hahnemann, un peu plus loin Molière et Lafontaine. Les sciences sont représentées par Gay-Lussac, par Arago. Le célèbre phrénologiste et médecin, Gall, est un peu plus bas que Hahnemann; enfin dans ce même côté, on voit les tombes des maréchaux du premier Empire, Ney, Davout, etc. Le chemin du Dragon est la route habituelle des excursionnistes qui visitent par milliers le renommé cimetière, le premier de Paris.

« C'est une trouvaille », disait l'un des assistants en arrivant dans cet endroit. En effet la tombe de Hahnemann se trouve justement en bordure sur le chemin du Dragon à l'intersection de deux routes, de telle sorte qu'on accédera au futur monument funéraire par trois chemins différents.

Pendant que les assistants admirent le lieu du Père-Lachaise, embelli encore par la verdure du printemps, les fossoyeurs descendent le cercueil de Hahnemann dans la tombe, et placent le corps parallèlement à la route, de telle sorte que la tête du grand homme se trouvera à droite du monument, les pieds à gauche, enfin aux pieds de Hahnemann, on dépose le petit cercueil renfermant les restes de Mme Hahnemann. Les ouvriers, immédiatement après la descente des deux bières, cimentent le caveau, et le recouvrent de béton en présence des assistants, qui ne quittent l'endroit que lorsque la tombe a été absolument refermée et comblée.

La grille provisoire et une couronne seront des simples ornements placés sur les précieux restes de Hahnemann jusqu'au jour où les homœopathes du monde entier, profondément émus, accompliront l'œuvre de réparation en l'honneur de leur vénéré Maître, plus éclatante et plus brillante parce qu'elle aura été plus attendue.

BACTÉRIOLOGIE

DU POLYMORPHISME DES MICROBES

A propos d'une petite épidémie de méningite cérébro-spinale, qui règne en ce moment à Paris et dont un certain nombre d'observations viennent d'être présentées à la Société médicale des hôpitaux, M. Netter étudie le microbe qu'il a rencontré constamment dans cette maladie dénommée méningocoque par Weichselbaum, *streptococcus meningetidis* de Bonome, et qui ne serait autre chose, d'après Netter, qu'une variété de pneumocoque.

Les différences qui séparent le méningocoque du pneumocoque sont cependant considérables. Ce microbe se présente sous forme de petits micrococques arrondis ou cubiques, groupés en diplo ou en chaînette de trois, quatre ou cinq grains ; ils sont entourés quelquefois d'une capsule. Ils n'ont pas la forme lancéolée caractéristique du vrai pneumocoque. Les colonies sur gélose sont bien demi-transparentes mais ne méritent pas la comparaison classique avec les gouttes de rosée qu'affecte le vrai pneumocoque. Enfin, et ce caractère est important, il ne tue qu'exceptionnellement la souris en injection sous cutanée.

Si j'ajoute que le microbe de la méningite encéphalo-rachidienne présente constamment les caractères que nous venons d'énumérer, on aurait de grandes raisons de considérer le méningocoque comme constituant une espèce distincte du pneumocoque, et l'on serait dans l'erreur par

cette raison péremptoire que le méningocoque après des passages successifs sur les rats blancs prend une forme lancéolée très accusée avec une magnifique capsule, qu'en un mot il reprend tous les caractères morphologiques du vrai et légitime pneumocoque.

La conclusion à tirer de l'histoire du méningocoque c'est que le polymorphisme, même quand il modifie profondément et la forme et les propriétés d'un microbe, ne suffit pas à amener la négation de l'espèce quand, soit par des cultures successives, soit par d'autres procédés, on peut ramener la variété nouvelle au type ancien.

Nous allons voir la même vérité sous une autre forme à propos de la bactéridie charbonneuse.

Si, à l'exemple de Pasteur, Chamberland et Roux, on cultive la bactéridie charbonneuse pendant quelques jours à 42° et 43°, elle perd peu à peu sa virulence. Cette bactéridie ainsi affaiblie peut se reproduire par des ensemencements successifs et de dégradation en dégradation transmise héridítairement, on arrive à une bactéridie charbonneuse complètement dénuée de virulence.

La bactéridie charbonneuse cultivée dans du bouillon additionné dans 1/2.000 de bichromate de potasse perd au bout d'un certain temps la faculté d'avoir des spores.

On peut donc en combinant ces manœuvres diverses arriver à produire une bactéridie charbonneuse, qui aura perdu deux propriétés fort importantes celle de se reproduire et celle d'engendrer le charbon. Et cependant il n'y aura pas là une espèce nouvelle. Le polymorphisme aura créé une variété essentiellement différente de la bactéridie primitive et comme le dit Duclaux : « Pour le savant qui l'a, à la fois, privé de sa virulence et de sa faculté de

se sporuler, la bactéridie charbonneuse reste le *bacillus anthracis* qu'elle était avant ces transformations. »

Le bacille de Koch qui constitue un type si bien défini est pourtant soumis lui aussi jusqu'à un certain degré à l'empire du polymorphisme. Parmi les *pseudo-tuberculoses* quelques-unes, comme la tuberculose zoogléïque de Malassez et Vignal, sont succeptibles après des cultures successives de présenter les caractères du bacille de Koch.

Les streptobacilles trouvés par Courmont dans les pleurésies tuberculeuses et dans le pus des abcès osseux produisent la tuberculose chez le cobaye. Ils sont inoculables en séries mais jamais ils ne se transforment en bacilles de Koch. Ils ne sont donc point une variété de ce bacille dû au polymorphisme, mais ils constituent bien réellement une espèce distincte.

Duclaux termine ainsi son chapitre sur le changement morphologique des microbes : « L'expérience apprend qu'autour de l'être typique, se placent et se rangent une foule d'autres êtres qu'on peut faire dériver du premier en mettant en jeu des actions physiques ou physiologiques et dont quelques-uns n'ont plus aucune des propriétés qui ont servi à la définition du type, tout en conservant avec le premier le lien d'une filiation régulière et pouvant en être dérivé à tout instant par des méthodes connues. Mais ce lien en vaut bien un autre, alors même que facile à suivre dans le sens de la filiation il est dificile à remonter dans le sens inverse. C'est l'ensemble de ces êtres ainsi définis par voie expérimentale que nous pourrons appeler espèces ». (Duclaux, *Traité de microbiologie*, p. 261.)

Duclaux se rattache donc à l'école de Cohn qui enseigne que les microbes constituent des espèces et sont susceptibles de classification, et il rejette avec sa grande au-

torité les théories transformistes de Megelli et celles de Zopf pour lequel l'espèce subit de si grandes variations de forme et de propriété qu'elle n'existe plus.

C'est la même formule qui sert à définir l'espèce dans le monde organique tout entier et cette formule est toujours employée au mode de filiation des êtres. Pour les animaux et les végétaux supérieurs nous disons avec la tradition : sont de même espèce tous les êtres qui peuvent se reproduire en restant identiques dans le temps et dans l'espace ou en prenant la formule physiologique ; sont de même espèce tous les êtres qui donnent naissance à des produits féconds, car c'est la fécondité dans la filiation qui constitue la continuité des types et par conséquent de l'espèce.

Pour les végétaux inférieurs, comme les microbes, nous disons qu'ils sont de même espèce toutes les fois que, malgré les différences considérables qu'ils présentent dans leurs propriétés, on peut remonter à un type défini dont ils descendent, comme pour la bactéridie du charbon, ou encore toutes les fois que les formes et les propriétés nouvelles qui les différencient du type d'origine peuvent s'effacer par des cultures successives de manière que le type reparaisse comme le méningocoque qui, après son passage dans le rat blanc, reprend tous les caractères du pneumocoque.

D^r P. Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

DES TROUBLES OCULAIRES DANS LA NEURASTHÉNIE.

La neurasthénie, que l'on a appelée maladie fin de siècle, n'est pas une affection nouvelle; mais on ne saurait se dissimuler qu'elle tend à devenir de jour en jour plus fréquente et plus complexe. Aussi, quoi qu'elle comporte plus de symptômes subjectifs que de lésions et que par suite elle soit d'une bénignité relative, il importe néanmoins de s'en préoccuper, la neurasthénie entravant l'existence plus que ne le ferait souvent une maladie très grave.

Les troubles oculaires sont assez fréquents dans la neurasthénie.

Comme dans l'hystérie (avec laquelle la neurasthénie a du reste de nombreux points de contact) ils peuvent être simplement *subjectifs*, ce dont on ne s'étonnera pas, si l'on songe que la neurasthénie est surtout une *névrose* cérébro-spinale, autrement dit une résultante de troubles intimes survenus dans la nutrition des nerfs de l'économie.

Que la cause première soit physique ou morale, qu'elle réside dans une maladie antérieure, dans une convalescence difficile, dans des hémorrhagies, dans des émotions tristes ou gaies, dans du surmenage intellectuel ou dans du surmenage physique, il ne tarde pas à se produire une rupture d'équilibre entre les grands organes vitaux.

L'un travaille trop, l'autre ne travaille pas assez, l'un reçoit trop d'aliments, l'autre est mis à la diète ou répare imparfaitement, si bien que peu à peu la circulation

s'altère. De quelle nature est cette altération ? Les vaisseaux charrient-ils un sang moins pur, moins généreux ? L'oxydation des matériaux de l'organisme se fait-elle plus incomplètement ? Je l'ignore, et je crois que la plupart des médecins l'ignorent également ; car bien souvent il m'est arrivé de demander à mes confrères d'examiner les malades qui m'étaient adressés et, presque toujours, les différents examens de sang, d'urine, etc., ont été absolument négatifs.

Le peuple, dans ses conceptions naïves des maladies, trouve parfois le mot juste et quand il dit des neurasthéniques, des surmenés, qu'ils « se brûlent le sang », qu'ils ont « le sang échauffé », il est probablement assez près de la vérité.

S'il n'existe pas, en effet, de viciation spéciale et dosable, comme dans les maladies franchement inflammatoires ou infectieuses comme le diabète, l'albuminurie, la leucémie, la diphtérie, etc., il n'est pas absurde d'admettre un trouble dynamique général, une sorte de poison infinitésimal se répandant dans tout l'organisme ; rendant par suite bien compte de la multiplicité des phénomènes observés dans la neurasthénie et permettant de comprendre, ainsi que je le disais tout à l'heure, comment la plupart des symptômes sont plutôt subjectifs qu'objectifs et peuvent coexister avec une apparente intégrité de tous les organes. Les troubles oculaires qu'il m'a été donné d'observer le plus fréquemment sont les suivants :

1° Une *congestion conjonctivale.* — Cette congestion qui a été tout particulièrement signalée par Beard et par Bouveret (de Lyon) consiste en une fluxion légère et mobile, apparaissant surtout le matin au réveil, ne s'accompagnant ni de douleur ni de sécrétion et dispa-

raissent souvent dans le milieu de la journée sans que le malade ait seulement conscience du changement survenu.

Cette congestion (comme tout ce qui survient d'ailleurs chez les neurasthéniques) inquiète beaucoup les malades, mais elle n'offre aucune gravité et je l'ai vue fréquemment disparaître sans traitement. En revanche il est bon de savoir que les cautérisations sont presque toujours mal supportées et aggravent plutôt la congestion.

2° Dans un autre ordre d'idées, je rapprocherai de ce phénomène objectif, la sensation exclusivement subjective de corps étranger conjonctival ou cornéen. Les malades viennent plusieurs jours de suite nous consulter pour des poussières dont ils ressentent, disent-ils, la présence dans les yeux ; or, les paupières retournées et examinées avec le plus grand soin montrent une surface conjonctivale absolument lisse, sans injection, sans granulations ni follicules ; et cependant la sensation de gravier est, au dire des patients, très nette et souvent même assez douloureuse.

3° Du côté des paupières proprement dites, les phénomènes sont parfois très marqués. Ils consistent le plus souvent en une pesanteur pénible de la paupière supérieure, pesanteur qui, comme la congestion conjonctivale, se manifeste surtout au réveil. Ziemssen a noté plusieurs fois ce symptôme. Bouveret l'a également observé chez une de ses malades qui, le matin, était obligée à plusieurs minutes d'efforts avant de pouvoir ouvrir complètement les yeux. J'ai remarqué que la plupart des malades accusant ce symptôme présentent en outre de la gêne dans les mouvements étendus du globe et un certain degré d'asthénopie accommodative avec dilatation pupillaire. Il

y aurait donc là une action totale, quoique d'un faible degré, sur les nerfs de la troisième paire, ce qui impliquerait, selon nous, sinon des lésions appréciables du moins une certaine perturbation dynamique d'origine centrale.

Dans le dernier trouble décrit, j'ai noté la dilatation concomitante de la pupille. Ce symptôme peut exister seul et indépendamment de toute asthénopie accommodative. Les pupilles réagissent en outre moins vivement à la lumière, le reflexe d'accommodation étant seul conservé. Beard a noté des alternatives brusques de dilatation et de resserrement, ou bien encore une inégalité légère et de courte durée. Lorsque l'inégalité des pupilles persiste, il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse d'une lésion cérébrale réelle, surtout d'une paralysie générale au début, et non d'une simple névrose comme la neurasthénie; néanmoins Hirt a vu cette inégalité pupillaire persister huit à dix mois chez des neurasthéniques qui, depuis, ont complètement guéri.

On ne saurait, je crois, attacher une valeur pronostique bien certaine à ces troubles de la pupille; néanmoins, il m'a semblé qu'ils étaient, non pas plus marqués, mais plus durables, chez les neurasthéniques atteints sérieusement.

Nous venons de parler de mydriase sans asthénopie; mais le plus souvent la dilatation pupillaire s'accompagne d'un degré parfois très accusé d'asthénopie accommodative. Cette fatigue de la vue constitue même le symptôme oculaire le plus fréquent et, il faut le dire, aussi le plus intéressant. Il a du reste des caractères très spéciaux et diffère complètement de l'asthénopie que Donders a fait connaître.

La fatigue oculaire, dont le début est souvent brusque, s'accroît très rapidement et devient telle que le patient en arrive, au bout de quelques minutes, à ne pouvoir lire, écrire ou se livrer au moindre travail nécessitant une application un peu soutenue de la vue. De là des difficultés et parfois une entrave absolue au travail professionnel, ce qui ne laisse pas d'inquiéter vivement les malades. Cette inquiétude s'accroît du fait que l'oculiste, constatant le plus souvent une réfraction absolument normale, ou tout au moins des anomalies franches et entièrement corrigeables, cherche à rassurer le malade en lui disant qu'il n'a aucune lésion.

Comme malgré les traitements prescrits dont la durée pour être efficace doit être fort longue, il retrouve les mêmes symptômes et que tout effort de vision un peu prolongé aboutit aux mêmes sensations de plus en plus pénibles de tension douloureuse dans les globes et finalement à une incapacité absolue de distinguer nettement, il finit par se décourager, se disant qu'il doit être atteint d'une maladie grave et bizarre que l'oculiste n'a pas su reconnaître, idée qui, étantdonné ses dispositions morales, n'est pas faite on le comprend pour améliorer sa situation physique.

L'asthénopie des neurasthéniques, à l'inverse de l'asthénopie accommodative des hypermétropes et des presbytes, n'est que très imparfaitement et surtout très passagèrement influencée par l'emploi des verres convexes, de l'ésérine et des autres médications prescrites en pareil cas.

Pendant les premiers jours, le malade peut éprouver un certain degré de soulagement mais bientôt tous les symptômes réapparaissent et continuent à s'aggraver.

Comme Weir Mitchell qui a été le premier, je crois, a en faire la constatation, j'ai remarqué que l'asthénopie neurasthénique, même intermittente, et à plus forte raison continue, était presque toujours l'indice d'une forme grave de la maladie. Elle se présente d'ailleurs indifféremment chez les hommes et chez les femmes, le surmenage intellectuel ou physique atteignant à notre époque indifféremment les deux sexes.

Les spasmes et les dilatations des vaisseaux rétiniens ne suffisent pas à l'expliquer, non plus que l'hyperémie veineuse observée parfois dans le fond de l'œil.

Beard voit dans l'asthénopie neurasthénique une irritabilité spéciale, analogue à ces névralgies viscérales connues sous le nom de mamelle, d'ovaire et de testicule irritables. L'hypothèse est ingénieuse, mais ce n'est qu'une hypothèse et, pour ma part, je serais plutôt tenté de me rattacher à l'explication proposée par le Dr Collins qui considère l'asthénopie neurasthénique comme une parésie neuro-musculaire du muscle ciliaire. Le plus souvent, en effet, en interposant devant l'œil, sain ou corrigé, du patient une série de verres concaves, de façon à mesurer, selon le procédé de Landolt, l'amplitude de son accommodation, on constate que celle-ci est au-dessous de la normale.

Si l'on rapproche de ces faits les parésies accommodatives signalées pendant l'état puerpéral, la lactation, à la suite de différentes maladies infectieuses et notamment de la diphtérie, on comprendra mieux l'hypothèse que je faisais au début, d'une sorte d'empoisonnement infinitésimal, d'une viciation spéciale et impondérable du sang.

J'ai dit qu'en certains cas, on avait noté de la congestion rétinienne chez les neurasthéniques. Cette congestion

est d'intensité variable, et de plus très intermittente. Chez deux de mes malades, j'ai, à plusieurs reprises, constaté des périodes très nettes d'anémie rétinienne, alternant avec des états congestifs. Cette constatation n'a d'ailleurs rien d'étonnant si l'on songe à l'équilibre très instable dans lequel se trouve le système vaso-moteur chez les malades atteints d'épuisement nerveux.

Lorsque la rétine est congestionnée, il existe presque toujours en même temps de la photophobie. Cette photophobie d'ailleurs ne revêt pas toujours le même caractère. Chez un de nos malades, officier de cuirassiers, la photophobie, presque nulle pour la lumière intense diffuse, se révélait surtout en présence de surfaces miroitantes et rien, me disait-il, ne le faisait plus souffrir que le reflet du soleil sur le casque et la cuirasse de ses hommes.

Certains malades tolèrent assez facilement la lumière artificielle et ne peuvent supporter la lumière solaire. Pour d'autres c'est le contraire. Enfin j'en ai rencontré plusieurs que la vue de couleurs crues fortement éclairées et notamment du rouge vif contraignait à fermer les yeux.

Je n'insisterai pas sur l'expression toute spéciale de longueur, de tristesse résignée ou peureuse du regard, signalée par Beard qui a noté avec la plus minutieuse attention les moindres symptômes neurasthéniques.

Ce symptôme existe bien réellement et je l'ai retrouvé chez presque tous mes malades, même chez ceux qui semblaient les mieux constitués et les plus solides ; mais on comprend que ce signe n'ait qu'une valeur secondaire et ne puisse servir qu'à corroborer un diagnostic déjà assis. J'en dirai autant de l'émotivité toute spéciale des sujets,

mise en jeu par les causes les plus futiles et se traduisant subitement par de la rougeur du visage, des conjonctives, de l'humidité des yeux et une impossibilité presque absolue de fixer les objets ou les personnes.

Ce sont là des réflexes dûs, je crois, à la rupture d'équilibre dans les vaso-moteurs de cette région.

Westphal et Charcot, Pitres et plusieurs autres ont noté, parmi les troubles neurasthéniques, le rétrécissement du champ visuel. Ce signe doit être bien rare car, sur plus de 80 malades, je ne l'ai constaté que deux fois et encore se présentait-il chez des femmes où, concurremment avec la neurasthénie, j'avais les meilleures raisons de suspecter l'hystérie.

La myodésopsie est de beaucoup plus fréquente. Objective quelquefois, surtout si le sujet est atteint de myopie forte ou a eu des irido-choroïdites antérieures, elle est le plus souvent purement subjective et l'examen le plus minutieux ne permet de découvrir aucun trouble au sein des milieux transparents. Y a-t-il là quelque altération vaso-motrice des artérioles rétiniennes. Je serais plutôt porté à admettre dans ce cas particulier une hyperesthésie de la rétine, donnant plus de netteté et plus d'étendue à l'image des corps flottants physiologiques. Il y aurait là en somme un phénomène analogue à celui qui se passe souvent du côté des autres organes des sens, lorsque, par exemple, certains malades entendent des bruits absolument imperceptibles pour d'autres ou sentent, au point d'en être incommodés, des odeurs que leurs voisins ne découvrent qu'avec une attention soutenue.

Pour terminer, je signalerai deux symptômes que j'ai observés chez des neurasthéniques et que j'ai cru devoir

rattacher à leur état général : c'est l'héméralopie et l'épiphora.

L'héméralopie est fréquemment intermittente et fugace, comme d'ailleurs la plupart des symptômes se rattachant à la neurasthénie. Elle est plus fréquente en hiver et se manifeste de préférence chez les neurasthéniques adonnés à des travaux intellectuels et à des occupations de bureau. Tant qu'ils sont dans une pièce fortement éclairée, la vision des objets environnants reste bonne, mais si le jour vient à baisser brusquement, qu'ils aillent dans une chambre plus sombre, ou surtout qu'ils sortent au crépuscule dans la rue, ils éprouvent immédiatement une diminution de l'acuité visuelle qui peut aller jusqu'à les empêcher de distinguer leur route. Cette héméralopie coexistant généralement avec une intégrité absolue tout au moins apparente du fond de l'œil, tient vraisemblablement à une torpeur de la rétine, soumise (pour arriver à une vision distincte) à une action prolongée de la lumière intense. C'est là une réaction dépressive forcée, après l'irritation qu'a subie cette membrane nerveuse, réaction d'autant plus prompte et d'autant plus accusée que l'état général et le surmenage sont plus accusés.

Chez la plupart des malades qui sont venus nous consulter pour ce symptôme, j'ai, en outre, constaté de la mydriase, avec lenteur des mouvements de la pupille, lors des incitations-lumineuses ou des efforts d'accommodation.

Inutile d'ajouter que l'asthénopie accommodative est la règle la plus habituelle.

L'épiphora dont j'ai parlé tout à l'heure à propos des accès incompréhensibles d'émotivité chez les neurasthéniques peut également subsister en tant que phénomène

persistant, mais, dans ce cas, il se différencie des larmoiements dus à un rétrécissement des voies lacrymales en ce qu'ils débutent presque toujours brusquement et que l'examen par les stylets, les sondes et les injections prouve jusqu'à l'évidence que les voies lacrymales n'offrent ni rétrécissement ni lésion dans tout leur parcours.

A quoi tient cet épiphora ? Selon nous, l'on ne peut l'attribuer qu'a une hypersécrétion réflexe de la glande lacrymale qui, à la suite de troubles vaso-moteurs, se trouve en quelque sorte irritée et qui, dès lors, secrète une quantité de larmes telle que les conduits excréteurs sont insuffisants à en assurer l'écoulement. Ce qui semble justifier cette manière de voir, c'est que le larmoiement cesse tout à coup, dans des conditions atmosphériques qui devraient normalement l'aggraver, et qu'il suffit d'une émotion ou d'un surmenage pour le faire réapparaître et l'aggraver.

De tout ce qui précède, si nous cherchons à synthétiser les caractéristiques des troubles oculaires de la neurasthénie, nous voyons qu'à l'encontre des phénomènes hystériques qui, eux, sont constitués surtout par des *perversions sensorielles*, ils offrent presque tous, à côté de symptômes de *dépression* nerveuse, une *excitation* concomitante ou secondaire qui justifie bien le titre de *faiblesse irritable* donné par Bouveret (de Lyon) à la neurasthénie.

D^r^ Daniel Parenteau.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.

MÉDICATION THYROÏDIENNE ET ARSENIC

MM. Bédart et Mabille font à la Société de biologie (1) la communication suivante :

Cette étude expérimentale a été faite pour éclaircir l'interprétation du fait clinique suivant : l'un de nous, M. Mabille, ayant eu l'occasion de traiter un goître simple par la médication thyroïdienne, eut l'idée de faire disparaître les accidents dus à l'ingestion de la glande par l'emploi simultané d'une préparation arsenicale ; il en obtint de bons résultats.

Les troubles divers : excitation générale, palpitations de cœur, tremblements, disparurent assez rapidement sous l'influence de l'arsenic, mais reparurent quand on supprima ce dernier médicament pour continuer la médication thyroïdienne pure.

Des expériences furent entreprises sur des animaux ; 14 chiens et 2 lapins ont été observés pour vérifier l'action de l'arsenic administré simultanément avec la glande thyroïde.

Les chiens, refusant les aliments auxquels on mélangeait des préparations pharmaceutiques à base de corps thyroïde, ont absorbé des glandes fraîches provenant du mouton.

Comme préparation arsenicale, c'est la liqueur de

(1) Séance du 21 mai

Fowler qui a été employée (dose moyenne 2 gouttes 1/2 par kilo d'animal).

Les résultats obtenus peuvent être envisagés sous 3 point de vue : Action sur le rythme cardiaque, action sur le système nerveux, action sur la **nutrition.**

1° *Rythme cardiaque* : *a*) Chez les animaux n'absorbant que de la glande thyroïde mêlée à leurs aliments, le nombre des pulsations augmenta très rapidement, passant chez tous de 130 à 180 et même 190; les battements forts, mais irréguliers.

b) Chez les animaux prenant, en plus de l'alimentation thyroïdienne, de la liqueur de Fowler, il y eut au début un état stationnaire puis une diminution, constante chez tous, du nombre des pulsations descendant de 130 à 100 et même à 90 ; les battements restant normaux en force et régularité.

Même variation chez les lapins avec la thyroïdine.

2° *Action sur le système nerveux* : Au bout d'un certain temps, 6 à 7 jours en moyenne, tous les animaux n'ingérant que de la glande thyroïde ont présenté des phénomènes d'excitation, puis du tremblement qui s'est généralisé à tous les groupes musculaires.

Aucun de ces troubles n'a été constaté chez les animaux qui absorbèrent simultanément corps thyroïde et arsenic, même après plus de 30 jours de ce régime.

3° *Action sur la nutrition* : Une perte de poids considérable s'est manifestée, et très rapidement, chez les chiens ne prenant que de la glande thyroïde sans arsenic.

Certains ont maigri de 2/5, 1/6, 1/3 de leur poids, tandis que les chiens correspondants, recevant à la fois arsenic et corps thyroïde, perdaient seulement 1/5, 1/79, 1/6, 1/13 de leur poids ; chez plusieurs animaux prenant de

l'arsenic en plus du traitement thyroïdien, on a même vu survenir une légère augmentation du poids.

Chez les lapins, on n'a pas noté d'amaigrissement, ils étaient jeunes, en voie de croissance ; cependant le lapin soumis à la thyroïdine seule n'a augmenté que de 1/16 de son poids, tandis que son compagnon recevant de l'arsenic en plus augmentait son poids de 1/9.

Des contre-expériences ont été faites ; des animaux soumis au traitement thyroïdien et arsenical et auxquels on supprimait l'arsenic, ont toujours présenté, et rapidement, une augmentation considérable des battements cardiaques et une diminution de poids très marquée.

D'autre part, chez des chiens n'ingérant que de la glande thyroïde en sus de leurs aliments, et chez qui les troubles cardiaques et l'amaigrissement étaient très manifestes, l'administration de la liqueur de Fowler a fait disparaître ces accidents. (*Médecine moderne*, 25 mai).

THYROÏDINE ET IMPUISSANCE GÉNÉSIQUE

M. Rivière, moniteur de clinique chirurgicale à Lyon, publie deux observations intéressantes de malades impuissants sous l'influence d'un traitement par la glande thyroïde.

Voici les faits :

1° Un homme de 36 ans, très arthritique, littérateur surmené de diverses façons, prend, pour combattre une obésité relative, et pendant 3 mois, chaque jour, mais avec des intervalles de repos, trois ou quatre pastilles de glande thyroïde. Il remarque vite une impuissance absolue non en rapport avec ses habitudes antérieures; cette *agénésie* persiste six mois encore après la cessation du traitement. Le malade a, d'ailleurs, perdu 13 kilogrammes.

2° Homme de 34 ans, goutteux et fonctionnaire surmené, a vu également son obésité diminuer d'environ 16 kilogrammes à la suite de sa prise de pastilles thyroïdiennes, — 3 par jour, — pendant 4 mois. L'impuissance est moins absolue et dure moins longtemps que dans le cas précédent : elle est néanmoins très réelle pendant quelques mois, — après quoi les choses redeviennent comme devant.

Ces deux observations se ressemblent en tous points. Il s'agit de deux intellectuels de 30 à 40 ans, très arthritiques, ayant pris d'assez fortes quantités de thyroïdine pour guérir une obésité. Ils sont peut-être même *neurasthéniques*, et leur *agénésie*, quoique grave, a guéri.

Je dois dire cependant que des malades du service de M. le professeur Poncet à qui l'on donnait quotidiennément 0,30 centigrammes d'iodothyrine, n'ont pas présenté de symptômes d'ordre génésique ; mais il s'agissait d'adolescents ruraux et goîtreux. D'ailleurs, le séjour à l'hôpital est peu fait pour une expérience délicate comme celle dont nous parlons et demandant de favorables conditions extérieures. (*Médecine moderne.*)

M. Rivière en conclut qu'on pourrait essayer ce traitement contre les accidents causés par congestion des organes génitaux chez les prostatiques.

Nous conclurons que l'on peut essayer ce traitement par la thyroïdine à dose homœopathique, dans les cas d'impuissance génitale.

D[r] Marc Jousset.

ÉTIOLOGIE

—

LA CONTAGION DE LA PHTISIE A L'ACADÉMIE

MM. Grancher et Thoinot viennent de rééditer les mesures proposées déjà en 1896 pour l'extinction de la phtisie. Je suis obligé de constater que dans ces trois ans ils n'ont rien appris ni rien oublié ; ils conseillent encore la substitution du lavage des parquets au balayage à sec et au cirage ; la préoccupation de la malfaisance considérable des poussières tuberculeuses obsèdent toujours leur esprit ; c'est en vain que Senti et Pernice, Cadéac et Mallet et tant d'autres ont démontré l'innocuité absolue des poussières tuberculeuses répandues dans l'air et au contraire la transmission certaine de la tuberculose par des pulvérisations d'eau contenant le bacille de Koch.

Faut-il encore répéter que le bacille de la tuberculose répandu à l'état de poussière dans l'atmosphère ne pénètre dans le poumon que s'il est insufflé, qu'il s'arrête dans les fosses nasales et dans le pharynx des hommes et des animaux qui respirent librement, et que, là, il est détruit par les microbes *indigènes* et par la phagocytose. Là est tout le secret de l'innocuité des poussières tuberculeuses et de l'extrême rareté de la transmission de la phtisie.

Ce rapport a été l'occasion d'une communication du Dr Gibert (du Havre) à l'Académie.

Le réglement élaboré par l'Académie sur la déclaration des maladies contagieuses avait eu le bon sens d'omet-

tre la phtisie pulmonaire. M. Gibert, sans respect pour le secret des familles, propose d'exiger des pouvoirs publics les mesures administratives nécessaires pour que tous les logements de phtisiques soient désinfectés après décès à la ville et à la campagne. Cette mesure aura pour résultat immédiat de signaler à tous les familles entachées de tuberculose, ce que personne n'a le droit de faire. Elle a de plus le caractère regrettable de mêler les préfets et leurs subordonnés à notre vie de famille. Et tout cela pour satisfaire à une opinion qui, si répandue qu'elle soit, est encore contestable et contestée.

Enfin nous aurons un *crachoir d'état*; et, dans sa tombe, Bouley pourra se convaincre que ses fines plaisanteries n'ont pas guéri les Académies de la manie de légiférer en dehors de leurs attributions.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mai. — Prophylaxie de la tuberculose. — M. Grancher. Les limites réciproques de la contagion et de l'hérédité ne sont pas encore fixées. Mais nous savons, de science certaine, que la tuberculose est contagieuse. Il y a trente ans, Villemin en arrosant de la ouate avec des crachats tuberculeux et en faisant piétiner cette ouate par des cobayes, les voyait devenir tuberculeux et proclamait la nocuité des crachats desséchés et des poussières bacillifères

avant d'avoir vu le bacille dont il affirmait l'existence sans le connaître. Cornet vient de refaire ces expériences. Il a semé sur un tapis des crachats bacillifères et versé de la cendre sur ces crachats. 48 cobayes ont été mis dans la chambre, sur le tapis même et à diverses hauteurs sur des planches; puis l'expérimentateur a balayé rudement le tapis. 46 cobayes sur 48 sont devenus tuberculeux.

Le tuberculeux n'est contagieux ni par l'air qu'il expire, ni par les sécrétions physiologiques. Il transmet la maladie seulement par les crachats et par la suppuration; encore faut-il que ces liquides desséchés flottent dans l'atmosphère à l'état poussiéreux. Pour prévenir la contagion par les crachats, qui sont le véhicule le plus habituel du germe phthisique, il suffit donc de *recueillir et détruire les crachats; laver au lieu de balayer le parquet et les meubles. Le crachoir de poche* pour recueillir les crachats tuberculeux est l'instrument de choix pour la prophylaxie.

La contagion peut se faire par une autre voie que le poumon. Le lait et peut-être la viande tuberculeuse peuvent faire pénétrer le bacille par la muqueuse intestinale.

La tuberculose dans la famille. — Le premier devoir du médecin est de prévenir son malade, de lui dire la vérité ou tout au moins de lui dire : qu'il est candidat à la tuberculose, tout en l'encourageant et en lui affirmant que c'est la plus curable de toutes les maladies chroniques. De cette manière on a des malades fidèles au traitement. Le médecin doit prendre ensuite les mesures prophylactiques destinées à protéger l'entourage et à empêcher l'extension de la maladie : 1° crachoir de poche pour recueillir tous les crachats; 2° lavage de la chambre au linge humide.

Tuberculose dans l'armée. — 1° La réforme des tuberculeux à expectoration bacillaire s'impose. C'est un moyen quelquefois tardif pour empêcher l'infection des chambrées, car souvent les malades se présentent avec des lésions avancées.

2° Dans la chambrée il faut faire disposer des crachoirs avec défense de cracher sur le parquet. Il faut remplacer le balayage par le lavage à la serpillière humide.

Tuberculose dans l'école, l'atelier, les magasins. — De l'existence plus fréquente de la tuberculose chez les enfants que chez les adultes, on a conclu à tort au rôle prépondérant de l'hérédité. (Baumgarten.) La *contagion* joue chez les enfants comme chez les adultes *le rôle principal* dans l'extension de la tuberculose. Ce qui le prouve c'est la fréquence si grande dans le jeune âge de la tuberculose des ganglions bronchiques, où le bacille pénètre par inhalation et absorption par les lymphatiques pulmonaires, tandis que la tuberculose fœtale, comme l'a démontré Klepp, porte surtout sur les ganglions rétro-hépatiques. L'argument principal a été fourni par Nocard qui a montré qu'il suffit d'éloigner de la contagion des *jeunes veaux non tuberculeux, quoique nés de mères tuberculeuses, pour les voir échapper indéfiniment à la maladie.*

A l'école. — Il y a peu de chances de contagion parce que les enfants ne crachent pas. Cependant il vaut mieux défendre de cracher à terre et de balayer à sec *dans les lycées et collèges*. Il faut que le médecin renvoie l'enfant à sa famille dans l'intéret du malade et de ses condisciples.

Dans les ateliers. — Des considérations morales empêchent souvent de renvoyer le bacillaire dangereux. Mais les chefs d'usine devraient défendre de cracher par terre et

faire disposer en nombre suffisant des crachoirs remplis d'eau phéniquée.

A l'hôpital. — La meilleure manière de combattre et de traiter la tuberculose c'est d'isoler les tuberculeux parce qu'ainsi on évite la contagion et parce que dans des hôpitaux spéciaux, les tuberculeux seront dans de meilleures conditions thérapeutiques. Il importe également d'améliorer le sort des infirmiers, exposés si fortement à la contagion.

Tuberculose animale. — La tuberculose est contagieuse par ingestion de matières tuberculeuses (Chauveau, Klebs, etc.). Les jeunes animaux sont plus faciles à tuberculiser que les adultes.

La tuberculose peut très bien se transmettre de l'homme à l'animal et réciproquement.

Le danger de tuberculisation par l'ingestion des viandes de source tuberculeuse a été fort exagéré.

Le lait provenant de vaches tuberculeuses est dangereux même lorsqu'il n'existe pas de tuberculose apparente de la mamelle.

Conclusions. — 1° Trois mesures de prophylaxie.

a) Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement, contenant un peu de solution phéniquée à 5 p. 100 ou au moins un peu d'eau.

b) Éviter les poussières en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide.

c) Faire bouillir le lait avant de le boire.

2° En ce qui concerne la famille, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense dès que la tuberculose est ouverte ; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tubercu-

lose pulmonaire à l'état fermé par un diagnostic précoce et un traitement approprié.

3° Pour l'armée, l'Académie demande la *réforme temporaire*, qui convient aux tuberculeux du 1[er] degré, avant l'expectoration bacillaire, et la *réforme définitive* dès que les crachats contiennent le bacille de Koch. Application dans les casernes des 3 mesures énoncées plus haut.

4° Pour l'école, l'atelier, l'Académie ne peut que rappeler à l'instituteur et au patron l'importance des mesures hygiéniques et prophylactiques.

5° En ce qui concerne les malades et l'hygiène hospitalière, l'Académie approuve :

a) L'isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées en attendant la création de nouveaux sanatoria.

b) Antisepsie des salles de tuberculeux et des salles communes, notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage.

c) Amélioration du sort des infirmiers.

d) Création d'un corps d'infirmiers sanitaires.

6° L'Académie approuve aussi les restrictions de la loi en projet et des arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservés à des cas assez rares de tuberculose généralisée et d'hecticité. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine et l'élimination par la boucherie de leurs animaux légèrement tuberculeux, et partant inoffensifs.

Séance du 10 mai. — L'iodure d'arsenic chez les enfants lymphatiques et scrofuleux. — L'iodure d'arsenic adminis-

tré à l'intérieur aux enfants scrofuleux, a donné d'excellents résultats à M. Rousseau Saint-Philippe, et lui a permis de guérir des impétigos rebelles aux traitements externes.

L'évolution vicieuse de la dent de sagesse. Travail de M. Moty, médecin principal. — M. A. Reclus, rapporteur.. — Les accidents qui accompagnent l'apparition de la dent de sagesse, étaient attribués jusqu'ici à la place insuffisante, à la difficulté qu'a cette dent d'effectuer son éruption sur une arcade occupée par les 14 dents déjà percées. La preuve est fournie par ces 2 faits que les accidents apparaissent surtout au maxillaire inférieur où il y a moins de place, et sont l'apanage des races supérieures où le front se développe au détriment du maxillaire inférieur (Paul Broca et Magitot). M. Moty a constaté l'existence de masses épithéliales incluses dans l'alvéole, et à l'inflammation desquelles il attribue les accidents imputés jusqu'ici à l'évolution de la dent de sagesse. Cette opinion ne doit pas être acceptée, parce qu'elle ne rend pas compte aussi bien que l'opinion classique, de la plus grande fréquence des accidents à la mâchoire inférieure et dans la race blanche.

Séance du 17 mai. — De la non existence de la stomatite diphtéroïde, par Mougour (de Bordeaux). — M. Rendu, *rapporteur.* — La stomatite diphtéroïde décrite par Sevestre et Gastou accompagne souvent l'impétigo. Elle serait due d'après les recherches de ces auteurs au staphylocoque qui cause également l'impétigo. De 8 observations où il a examiné les fausses membranes et trouvé tantôt du streptocoque, tantôt du bacille diphtérique, tantôt du stretocoque associés ou non, M. Mougour conclut qu'il n'y a pas

lieu de faire de la stomatite diphtéroïde une maladie à part et qu'il faut traiter ces malades comme des diphtériques, néanmoins il ne faut pas rejeter l'existence comme une entité morbide de la stomatite diphtéroïde parce que les observations de Mougour ne correspondent pas au tableau clinique de la maladie décrite par Sevestre et Gastou.

Acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques. — M. Huchard. — La dose du médicament est de 10 centigrammes ou 20 centigrammes au maximum. Il réussit presque toujours à arrêter les sueurs du phtisique même à la dernière période. S'il n'a pas donné de résultats les trois ou quatre premiers jours il faut en cesser l'emploi. D'ailleurs c'est un médicament qu'il faut laisser de côté parce qu'il a l'inconvénient de déterminer une *alopécie en masse.*

Nature et traitement de la chorée. — M. Moncorvo. — La chorée n'est pas rare dans les pays chauds, à Rio-de-Janeiro en particulier. L'hérédité nerveuse ou éthylique, l'hystérie ont une influence marquée sur l'éclosion de la maladie. Les causes les plus fréquentes sont les maladies virulentes de l'enfance, parmi lesquelles le rhumatisme a une place prépondérante. L'analgène administré à des doses variant de 3 à 8 grammes et donné chez 8 choréïques a amené la guérison en un temps variant de dix-huit à cinquante-cinq jours.

La syphilis de l'estomac. — M. Dieulafoy. — Un homme de 33 ans entre en janvier 1898 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe. Il souffre depuis un an et demi d'une maladie caractérisée par des hématémèses, de l'intolérance gastrique et des vomissements alimentaires, une douleur très vive au niveau de l'épigastre et du rachis. Dans les

différents services où il est successivement passé on a diagnostiqué ulcère de l'estomac. Tous les traitements prescrits dans cette maladie ont été essayés sans résultats. La présence de cicatrices de syphilides ulcéreuses aux jambes appelle l'attention du côté de la vérole. Les injections de biiodure d'hydrargyre amènent une amélioration notable; dès le sixième jour, les douleurs diminuent puis disparaissent, les vomissements cessent complètement. A partir du quinzième jour, l'iodure est associé aux injections. Au bout de la trentième injection, le malade était guéri, engraissé et avait récupéré ses forces d'autrefois. La syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser ainsi que le prouvent les observations d'Andral, Fournier, Gaillard, etc.

Les lésions syphilitiques se présentent sous des formes variées ; érosions hémorrhagiques, ecchymoses de la muqueuse, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse, plaques gommeuses, gommes circonscrites, ulcérations gommeuses, cicatrices d'ulcères gommeux.

L'action du suc gastrique continue ce que le processus ulcéreux initial a commencé et s'ajoute à la maladie pour empêcher la cicatrisation.

Les symptômes de l'ulcération syphilitique de l'estomac peuvent rappeler tous les symptômes de l'ulcus simplex; douleur xyphoïdienne et rachidienne, intolérance stomacale, vomissements alimentaires, grandes et petites hématémèses, mélœna, amaigrissement cachectique.

Aucun de ces symptômes ne permet d'affirmer la nature syphilitique de la lésion stomacale. Toutefois les signes de l'ulcus simplex survenant chez un syphilitique, il est permis de supposer que la lésion stomacale est elle-même syphilitique.

Il ne faut donc jamais oublier de rechercher la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint des symptômes de l'ulcus simplex.

En ces circonstances le traitement doit être aussitôt institué : préparations mercurielles et iodure de potassium.

(*Séance du 24 mai*). — *Des érythèmes polymorphes.* — M. Liégeois. — Laissant de côté les érythèmes noueux ou papuleux syphilitique et palustre, tous les cas d'érythèmes polymorphes peuvent rentrer dans les catégories ci-après :

1° *Erythème polymorphe de cause morale.* — L'iodure de potassium a fait rétrograder la lésion en deux ou trois jours dans les cas observés. Dose : 1 gr. 50 à 2 grammes.

2° *Erythème polymorphe de cause rhumatismale.* — Le médicament de choix est le salicylate de soude à l'intérieur ou le salicylate de méthyle en applications locales.

3° *L'érythème polymorphe* épidémique, qui apparaît habituellement en automne chez les enfants d'une même famille ou d'un même village, disparaît en quelques jours sous l'influence de l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 50 chez les enfants et de 2 grammes chez les adultes.

L'érythème polymorphe par surmenage physique, observé une seule fois, a disparu en quatre jours avec le régime lacté et 2 grammes d'iodure.

L'érythème polymorphe s'observe encore dans la convalescence des maladies infectieuses, au cours des maladies septiques, dans la tuberculose et dans l'uréthrite blennorrhagique.

Sur les collyres huileux. — M. Panas. — *Les collyres aqueux* ont l'inconvénient de s'altérer facilement, d'être

d'une application difficile et même dangereuse quelquefois lorsqu'il y a photophobie.

Les pommades de vaseline contenant les alcaloïdes médicamenteux, ne sont pas faciles à maintenir stériles à l'air. Les antiseptiques qu'on y ajoute, outre qu'ils sont d'une efficacité douteuse peuvent être irritants pour l'œil.

Les collyres huileux ont l'avantage d'être d'une application facile, à l'aide d'une spatule mousse introduite entre les paupières à peine écartées. L'huile cocaïnée présente la particularité importante de ne pas altérer l'épithélium cornéen comme le fait la solution aqueuse de cocaïne. De plus, les collyres huileux faits avec l'huile d'olive portée à 120° pour la stériliser, ont la propriété de rendre stériles les microorganismes qu'ils contiennent, de ne pas s'altérer à l'air. Aussi les collyres huileux constituent un véritable progrès en ophthalmologie.

Discussion sur la tuberculose. — M. Gibert demande que les pouvoirs publics soient à même d'exiger que les préfets prennent les mesures administratives nécessaires pour que tous les logements des phtisiques soient désinfectés.

La nature contagieuse de la tuberculose n'est plus discutable aujourd'hui. La distribution géographique de la maladie dans la ville du Havre en est une preuve de plus. Deux faits se détachent de l'examen des statistiques du bureau d'hygiène : 1° les rues où la population est plus dense sont également les rues où la mortalité par tuberculose est plus fréquente ; 2° les rues ouvertes aux vents du large sont relativement indemnes.

Les certificats des médecins civils ne devraient pas être méprisés par les médecins de l'armée. Les médecins des familles en signalant les suspects au Conseil de révision

pourraient faire diminuer de beaucoup le nombre trop grand des tuberculeux dans l'armée.

M. LAVERAN. — Le fait de la contagion dans l'étiologie de la tuberculose des soldats est considérable, ce qui le prouve c'est la fréquence de la tuberculose dans les corps d'élite composés pourtants d'hommes choisis avec le plus grand soin. Ceux-ci continuent leur service le plus longtemps possible et ne viennent que trop tard à l'hôpital après avoir infecté les chambrées et les postes de garde.

Il est important que le plancher des chambrées soit paraffiné ou coaltarisé pour qu'on puisse les nettoyer à la serpillière mouillée sans balayage. Les chambrées devraient également être munies de crachoirs qui mettent le parquet à l'abri de la souillure des crachats.

Quand au mesures relatives à la prophylaxie dans la famille :

Lorsqu'un tuberculeux est dans des conditions mauvaises l'envoi du malade dans un sanatorium ou un hôpital est indiqué et doit être vivement conseillé.

La création de sanatoria destinés aux tuberculeux indigents s'impose aussi bien pour la prophylaxie que pour le traitement de la tuberculose.

Il est indispensable de faire désinfecter avec soin la chambre, la literie et les effets d'habillement du tuberculeux.

Séance du 31 *mai. — Prophylaxie de la tuberculose.* — M. VALLIN. — A la place de l'eau phéniquée, qui a l'inconvénient d'attirer par son odeur l'attention des voisins, il vaudrait mieux mettre dans les crachoirs soit une solution de sublimé additionnée de chlorure de sodium, soit une solution faible d'aldéhyde formique.

M. KELSCH. — Je me bornerai à l'étude de la tuberculose dans l'armée. M. Grancher a longuement étudié les causes premières : crachats, virus, bacille. Les causes secondes, celles qui préparent les organismes à l'ensemencement fécond du microbe, ont été à tort reléguées au dernier plan, car elles sont primordiales dans la tuberculose. L'observation a montré que la tuberculose est l'aboutissant de toutes les causes de déchéance de l'organisme. Nous sommes tous plus ou moins bacillifères ; ce sont les occasions, les causes secondes, qui nous rendent bacillisables. La prophylaxie doit non seulement préserver le terrain de l'ensemencement, elle doit encore le fortifier, le rendre plus résistant.

De 1884 à 1888 la phthisie devient 4 et 8 fois plus nombreuse que les années précédentes dans le régiment des sapeurs-pompiers de Paris. La cause n'était pas du côté du crachoir ; elle venait du surmenage durable dû à l'adoption de nouvelles méthodes de secours. En améliorant l'ordinaire des hommes et en simplifiant et en diminuant leur travail, la maladie revint à son taux précédent.

Cette observation montre clairement l'influence prépondérante du terrain. Dans la lutte contre la lèpre moderne, il convient de ne pas concentrer la vigilance uniquement sur la chambrée, il faut l'étendre à l'habitant lui-même, augmenter la ration alimentaire, diminuer la ration du travail.

P. HUMEAU.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Zona ophtalmique et névralgie du nerf facial, sans paralysie, dus a l'iodure de potassium. — II. Arthrite et synovite primitives a pneumocoques. — III. Un cas de phlébite goutteuse de la région scrotale. — IV. Paralysie douloureuse du facial avec herpès zoster de l'oreille. — V. Méningite cérébro-spinale épidémique. — VI. Contagion de la rougeole a la période de convalescence.— VII. Névrite prolongée du membre inférieur droit, avec arrêt de développement et hyperostose calcanéenne. — VIII. Hydarthrose chronique des petites articulations. — IX. De la sialorrhée intermittente au cours de l'urémie lente.— X. Salicylate de méthyle et salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — XI. Orchite ourlienne d'emblée, sans tuméfaction des glandes salivaires.

I

(*Séance du* 6 *mai.*) — M. Jacquet présente un malade atteint de rhumatisme blennorrhagique chronique et ancien, qui a présenté brusquement, il y a quinze jours, un zona ophtalmique léger, du côté droit.

Le lendemain, violente douleur spontanée, mais surtout à la pression, au-dessous de l'oreille droite, au point précis où le facial émerge de l'aqueduc de Fallope. Pression très douloureuse également sur le trajet des branches supérieure et inférieure du nerf, sur tous les muscles de la face à droite et au niveau du muscle occipital, qui reçoit, lui aussi, un rameau du facial.

Le tronc du sous-orbitaire et celui du maxillaire inférieur ne sont pas anormalement sensibles.

Le surlendemain, un peu de rougeur surmontée d'une vésicule au-dessous de la région mastoïdienne; puis tout rétrocède lentement.

Il y a donc véritable névralgie de la septième paire sans paralysie faciale et sans névralgie des nerfs maxillaires.

Ces accidents sont survenus exactement du troisième au quatrième jour après l'administration quotidienne de 2 grammes d'iodure de potassium; ce médicament paraît avoir une action particulière chez ce malade puisque, il y a quatre ans, 2 grammes d'iodure et une cuillerée de sirop de Gibert furent suivis quelques jours plus tard d'une paralysie faciale gauche de six semaines de durée; il y a deux ans, l'ingestion de l'iodure amena de vives douleurs dorso-lombaires.

C'est la deuxième fois que M. Jacquet voit survenir une névralgie du facial sous l'influence de l'iodure.

M. Rendu pense qu'il est en effet probable que l'iodure de potassium a été la cause de ce zona ophtalmique. Il y a quelques années, M. Danlos a montré que le zona ophtalmique pouvait être symptomatique d'une périencéphalite diffuse; les cas complexes dans lesquels on voit les accidents intéresser à la fois le nerf facial et le trijumeau, paraissent rentrer dans cette catégorie de zonas centraux.

M. Rendu a observé, il y a quelques années, un fait de ce genre. Un homme d'une soixantaine d'années, s'étant exposé à un courant d'air froid, contracte une hémiplégie faciale gauche, absolument classique et primitivement indolente. Quelques jours après, toute la sphère du nerf paralysé devient douloureuse, et la sensibilité s'étend à la

tempe, au front, à la région maxillaire et buccale. Un zona ophtalmique se développe sur le territoire hyperesthésié et la névralgie du trijumeau semble se superposer à la paralysie faciale.

II

M. Widal a observé, chez un homme de 68 ans, une arthrite et une synovite à pneumocoques, qui ont évolué de la manière suivante.

Cet homme, qui souffrait d'un rhumatisme chronique préalable, est pris subitement d'un frisson violent, avec céphalalgie et courbature générale; le soir, fièvre; délire léger dans la nuit; pas de point de côté, de toux, d'expectoration. Le lendemain douleurs diffuses dans tout le membre supérieur gauche; le troisième jour localisation au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche et sur le dos de la main gauche : tuméfaction et rougeur à ces deux points.

Le malade entre à l'hôpital le neuvième jour; tuméfaction très douloureuse au niveau de l'articulation sterno-claviculaire; tuméfaction de la gaîne des extenseurs sur le dos de la main malade. Les urines sont brun acajou, très chargées, légèrement albumineuses.

La tuméfaction de la main va en diminuant; celle de la région sterno-claviculaire devient fluctuante; on retire deux gouttes de pus avec une pipette stérilisée; l'examen bactériologique y décèle une culture pure de pneumocoques par examen direct, ensemencement et inoculation à la souris.

Les jours suivants atténuation des accidents, qui, après une petite rechute du côté de l'articulation sterno-claviculaire, disparaissent peu à peu par résolution.

III

M. Le Gendre rapporte un cas de phlébite goutteuse de la région scrotale chez un homme de trente ans. Voici les antécédents héréditaires et personnels de ce malade : père goutteux, mère diabétique, frère goutteux.

A vingt-six ans, colique néphrétique avec anurie, puis congestion pulmonaire gauche avec fièvre ; tous ces malaises disparaissent au moment d'une attaque de goutte sur l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit.

Cette crise de goutte disparaît et est remplacée par une névralgie du trijumeau d'abord gauche, puis bilatérale très violente ; retour des douleurs néphrétiques.

L'année suivante, après un voyage fatigant, mal de tête violent, avec fièvre et douleurs multiples dans l'oreille droite, les dents et les lombes ; le diagnostic était hésitant entre une grippe ou la goutte nerveuse lorsque le quatrième jour apparurent des douleurs goutteuses dans le pied droit ; cessation des autres douleurs, nouvelle colique néphrétique.

A vingt-huit ans, néphrite goutteuse fébrile avec fièvre, suivi d'un état neurasthénique intense avec la phobie du mal de Bright ; puis gastralgie très douloureuse dont le malade se guérit par un séjour dans l'Engadine.

A la fin de février dernier, violente douleur siégeant au niveau de la racine des bourses.

Cette douleur, très limitée, sans irradiation, commençait un peu au-dessous de la naissance du scrotum et finissait au-dessous de l'arcade pubienne. Aucun changement de couleur des téguments et aucune modification dans leur consistance. Quand on appuyait assez profon-

dément le doigt ou quand on prenait entre deux doigts la racine du scrotum, on sentait fuir une sorte de petit cordon mollasse, en même temps que le patient accusait une recrudescence de douleur. Partout ailleurs indolence absolue ; ni le long de l'urèthre et des corps caverneux, ni sur le trajet du cordon spermatique, ni au niveau du testicule ou de l'épididyme la palpation la plus minutieuse ne rencontrait rien d'anormal. Pas de varicocèle sur le trajet des veines spermatiques. Fièvre légère.

Le lendemain la douleur continuait : on sentait nettement une petite masse vaguement cylindrique de 3 à 4 centimètres de long.

M. Le Gendre concluait à une phlébite goutteuse, mais deux chirurgiens, appelés séparement, pensaient l'un à une cowpérite, l'autre à un fibrome dont il voulait débarrasser le malade.

Au bout d'une vingtaine de jours, la tumeur commençait à subir quelques modifications, lorsqu'éclata un accès de goutte du pied droit avec fièvre. Sous cette influence, la petite tuméfaction scrotale se mit à décroître très rapidement et ne laissa qu'une veine variqueuse un peu épaissie.

IV

(*Séance du 13 mai.*) — M. Jacquet présente un malade atteint d'une *paralysie faciale gauche*, qui s'accompagne d'un œdème rouge et douloureux de l'oreille gauche, dont la conque recèle un groupe d'herbès vésiculeux typique, d'un point douloureux violent exactement au-dessus du conduit auditif externe et d'une douleur à la pression de tous les muscles de la face à gauche.

Voilà donc un cas de paralysie faciale douloureuse, et

cependant les points d'émergence du trijumeau ne sont pas sensibles.

Ce fait et celui que M. Jacquet a présenté dans la séance précédente seraient en faveur de la coexistence dans le tronc du facial de fibres motrices et de fibres sensitives.

V

M. Netter fait une communication au sujet de plusieurs cas de *méningite cérébro-spinale* qu'il vient d'observer dans ces derniers temps, ce qui parait indiquer l'existence, à Paris, d'une véritable petite épidémie.

Cette communication est surtout bactériologique et a été analysée dans le corps du journal (1) à ce point de vue.

VI

M. Lemoine vient, à propos de la contagion de la rougeole, rapporter un fait qui est en contradiction avec l'opinion la plus répandue. On croit aujourd'hui que la rougeole est surtout contagieuse avant l'éruption et pendant celle-ci; c'est pourquoi la déclaration obligatoire n'a pas été décrétée pour cette maladie.

Voici ce qui s'est passé cette année au Val-de-Grâce.

Le 17 janvier 1898, les salles affectées au traitement des scarlatineux étant pleines, on fut obligé d'évacuer une salle affectée au traitement des rougeoleux. Ceux-ci, au nombre de quatre seulement, étaient convalescents et furent placés dans une salle du deuxième étage, où étaient déjà des convalescents de scarlatine.

---

(1) Page 416.

Les quatre rougeoleux étaient entrés à l'hôpital au mois de décembre 1897.

A savoir : Ch..., le 4 décembre; Cha..., le 7 décembre; L..., le 15 décembre ; V..., le 31 décembre.

A ce moment, « le 17 janvier », il ne restait plus aucun malade atteint de rougeole dans le service. Il n'en existait aucun autre cas dans l'hôpital.

D'autre part, les scarlatineux convalescents, qui allaient être mêlés aux convalescents de rougeole, avaient déjà fait un séjour de trente-cinq jours au moins à l'hôpital, dans une salle spéciale.

Le 23 janvier, les quatre rougeoleux sortaient de l'hôbital.

Le 6 février, Bod..., convalescent de scarlatine, est pris de catarrhe oculo-nasal et, le 7, présente une éruption de rougeole. Déjà, le 4 février, Bod..., avait éprouvé du malaise général, de la céphalée et de la diminution d'appétit.

Le 9, un second cas se produit avec une période d'invasion remontant au 6 février.

Puis un troisième, le 18 février ; un quatrième, le 3 mars ; enfin, le 15 mars, un scarlatineux convalescent parti en congé le 3 mars, après avoir séjourné quinze jours dans la même salle que les précédents, est pris de rougeole chez lui.

Résumé, le 17 janvier, quatre convalescents au 44^e, 41^e, 33^e, 18^e jour de maladie, sont réunis à des convalescents de scarlatine dans un même local, — les rougeoleux séjournent dans cette salle du 17 au 23 janvier, et douze et quatorze jours après le départ de ces derniers (4 et 6 février), éclatent deux cas de rougeole parmi les convalescents de scarlatine, — puis une série de contagionnés

se succèdent avec des incubations de douze à quinze jours chacun.

M. Sevestre pense que ces faits doivent être soumis à un contrôle rigoureux, car ils sont en condradition complète avec ce qu'on observe dans les hôpitaux d'enfants.

VII

(*Séance du 20 mai.*) — MM. Jacquet et Napieralski présentent un malade de 30 ans, atteint depuis quatorze ans d'une névrite du membre inférieur droit, paraissant consécutive à une fièvre typhoïde grave. Cette névrite intéresse également le sciatique et le crural droit; elle détermine des crises douloureuses qui sont devenues très fréquentes et qui sont caractérisées par des douleurs très vives, paroxystiques, fulgurantes, siégeant principalement sur le trajet du sciatique, elle a été le point de départ d'un arrêt du développement du membre inférieur droit qui est plus court et moins volumineux que l'autre.

Le calcanéum droit est plus considérable que le gauche, il présente à sa partie postéro-supérieure une exostose assez considérable, qui n'existe pas au pied gauche.

VIII

(*Séance du 27 mai.*) — MM. Galliard et H. Bernard présentent une malade rhumatisante très intéressante.

C'est une femme de 39 ans, n'ayant aucun antécédent héréditaire à signaler, qui eut à 32 ans une douleur fugace au poignet droit, reparaissant à plusieurs reprises, puis remplacée par une poussée de rhumatisme subaigu généralisée.

Il y a trois ans, la malade remarqua que certaines articulations se tuméfiaient : d'abord le poignet droit, puis

les chevilles, ensuite les articulations phalango-phalangiennes, enfin le poignet gauche. Depuis cette époque, les crises douloureuses sont devenues plus fréquentes.

C'est une femme obèse d'une bonne santé générale : tous ses organes sont sains.

Actuellement les déformations ne sont appréciables qu'aux poignets et aux mains.

Le *poignet droit* est le siège d'une tuméfaction très appréciable, due à l'hydarthrose radio-carpienne, qu'on retrouve au niveau de la plupart des articulations de la *main droite*, les dernières jointures des doigts (phalangino-phalangettiennes) étant exceptées. C'est la région dorsale des articulations phalango-phalangiennes qui offre l'aspect le plus caractéristique ; le gonflement est si manifeste que les doigts ont presque l'aspect fusiforme : médiocrement tuméfiés à la base, ils sont effilés à l'extrémité. Au niveau de ces jointures, la fluctuation est évidente. Il en était de même au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, au moment où la malade est entrée à l'hôpital.

Les mouvements spontanés des doigts sont possibles mais limités et parfois douloureux.

La ponction d'un poignet et d'une articulation digitale a fourni un liquide jaunâtre, visqueux, filant, épais, difficile à aspirer.

M. Gaillard pense qu'il n'y a là ni goutte, ni rhumatisme noueux, mais une forme spéciale de rhumatisme chronique.

Le traitement suivi par la malade avant son entrée à l'hôpital et pendant son séjour, n'a pas paru produire de résultats (teinture d'iode, teinture de colchique, salicylate

de soude, phénacétine, iodure de potassium, salicylate de lithine, etc.).

M. RENDU trouve le cas très intéressant, mais il a une idée différente au point de vue du diagnostic ; il pencherait pour un rhumatisme noueux avec poussées fluxionnaires aiguës amenant les hydarthroses.

IX

M. RÉNON vient d'observer un cas très curieux de sialorrhée chez un malade artério-scléreux, atteint d'aortite chronique, avec angine de poitrine, avec néphrite. Ce qu'il y a à remarquer dans ce cas, c'est que la sialorrhée n'est pas constante ; elle n'a lieu que pendant le mouvement et surtout la marche ; elle disparaît de temps à autre pendant des périodes plus ou moins longues ; mais ces disparitions coïncident avec l'augmentation de l'excrétion urinaire. La sialorrhée est dans ce cas supplémentaire des urines.

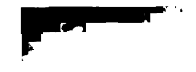
X

M. CATRIN a étudié l'emploi du *salicylate de méthyle* dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu dans quinze cas et voici les conclusions auxquelles il est arrivé.

1° L'efficacité du salicylate de méthyle contre l'élément douleur dans le rhumatisme articulaire est incontestable, mais c'est surtout dans le rhumatisme articulaire subaigu ou chronique, voire même peut-être dans la goutte, que ce médicament paraît acquérir son maximum d'efficacité.

2° Il calme les douleurs mieux et plus rapidement que le salicylate de soude, mais paraît sans action contre la fièvre, qui est mieux combattue par le salicylate de soude.

3° Le meilleur mode d'application serait une bande de



tarlatane, imbibée de salicylate de méthyle enroulée autour de l'articulation et recouverte d'une toile imperméable, d'ouate et enfin d'une bande de coton.

XI

M. Béclère vient d'observer un cas très intéressant. Il est appelé le 20 avril dernier auprès d'un enfant de 15 ans, qui a été pris brusquement d'un mal de tête violent avec fièvre et vomissements répétés ; l'état continue en s'améliorant légèrement jusqu'au 24 avril, où le jeune homme ressent en se levant une légère douleur dans le testicule droit. Le lendemain, 25 avril, le testicule devenu très douloureux a pris un développement insolite, les bourses sont rouges et tuméfiées, le malade est obligé de garder le lit. Il est examiné par un chirurgien des hôpitaux, qui constate les signes d'une orchite avec participation prédominante de l'épididyme et qui pense à une orchite tuberculeuse en l'absence d'autre cause. M. Béclère apprenant qu'au moment des vacances de Pâques, dix jours environ avant le début de la maladie, il y avait eu trois des camarades de classe du petit malade atteints d'oreillons, conclut à une orchite ourlienne d'emblée.

La suite des choses lui donna raison ; les deux sœurs du petit malade furent prises successivement le 5 mai (15 jours après le début des accidents de leur frère) et le 13 mai (23 jours après) d'oreillons absolument typiques.

Il peut donc exister des orchites ourliennes absolument indépendantes des accidents du côté des glandes salivaires une forme fruste des oreillons en un mot.

M. Lemoine ajoute qu'il a rencontré des cas semblables dans toutes les épidémies d'oreillons qu'il lui a été donné d'observer.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

UN CAS DE FOLIE AU DÉBUT.

Le Dr Selfridge rapporte un cas de guérison de folie au début chez une jeune fille de 30 ans, dont la mère était morte folle. Cette malade entendait des voix, négligeait ses occupations habituelles et ne pouvait rester la nuit sans lumière.

Le seul médicament prescrit fut Stramonium 200 qui guérit la malade en six semaines. (*Pacific coast Journal of homœopathy.*)

LES INDICATIONS DE STROPHANTUS.

Les indications thérapeutiques de Strophantus sont les suivantes :

1° Les contractions du cœur se succèdent rapidement mais avec moins de force et avec un rythme irrégulier; 2° l'absence d'effets vaso-moteurs indique son emploi lorsqu'il y a une tension artérielle élevée comme dans la maladie de Bright, l'artério-sclérose et dans l'athérome des vieillards; 3° toutes les fois que la diurèse peut être obtenue en augmentant la pression sanguine par suite de contractions cardiaques plus vigoureuses, on l'obtiendra de l'emploi de ce remède; 4° l'apparition rapide des bons effets de son administration jointe à la régularité de son élimination, en fait le remède de choix lorsque l'indication est pressante; 5° l'absence de troubles digestifs à dose thérapeutique et l'inaccoutumance habituelle, le ren-

dent très important dans les cas où son emploi doit être continué pendant longtemps.

Les cas où le médicament peut échouer sont : 1° la dégénérescence avancée du myocarde ; 2° l'obstruction mécanique extrême de la circulation, due à une insuffisance ou à un rétrécissement valvulaire ; 3° enfin une combinaison de ces différents cas. (*The Post-Graduate.*)

CALCAREA FLUORICA.

Le médicament est très recommandé de la 3e à la 12e trit. déc. contre les indurations de toutes sortes. Dans la scrofule, quand les médicaments les mieux indiqués n'amènent pas d'amélioration dans les engorgements ganglionnaires, le fluorure de calcium sera notre arme de salut. Les orgeolets et les autres indurations des paupières disparaissent avec une rapidité incroyable par son emploi.

VERBASCUM THAPSUS.

C'est un remède très utile dans les affections catarrhales. L'essence de molène fait promptement disparaître la toux pénible qui s'accompagne d'enrouement. On l'emploie à la dose d'une ou deux gouttes toutes les heures dans les cas aigus et on peut en même temps faire des frictions sur la poitrine deux fois par jour avec de l'huile de molène. Les douleurs dans la face qui surviennent après avoir pris froid, trouvent aussi un excellent remède dans Verbascum.

COMOCLADIA DANS L'ECZÉMA.

L'action de ce médicament sur la peau ressemble à celle de Rhus tox. Il produit de l'érythème, de l'enflure et des éruptions papuleuses. Il n'a pas le pouvoir de produire la vésication comme ce dernier, mais il détermine plus

que lui de la suppuration, aux jambes principalement. Il cause aussi des sensations de chaleur, de la brûlure, des démangeaisons, des piqûres qui changent de place rapidement. L'aggravation survient par le toucher, la chaleur, au repos, le matin et le soir. Le soulagement résulte du mouvement, du grattage, de frictions et au grand air. La localisation favorite pour la rougeur diffuse et l'enflure est la face, pour des plaques bien circonscrites, le tronc et les extrémités inférieures; pour la suppuration, les jambes.

Comocladia peut être indiqué dans l'eczéma érythémateux aigu de la face avec enflure très marquée et occlusion partielle des paupières, ou dans l'eczéma érythémateux chronique de la face caractérisé par le retour fréquent de bouffissure des paupières.

Il convient également à l'eczéma papuleux du tronc et des extrémités lorsque l'éruption reste papuleuse et ne devient ni pustuleuse ni vésiculeuse.

On a obtenu des guérisons avec des atténuations de la 1re à la 30e. (*The Chironican.*)

EFFETS PATHOGÉNÉTIQUES DU SALOL.

Voici les effets qu'un pharmacien a observés sur lui après avoir manié du Salol.

Vendredi 22 octobre. Il manie la poudre de salol.

Mardi 26. Sensation de raideur dans les articulations comme si elles manquaient de synovie.

Mercredi. Même état, mais plus de douleurs dans les poignets; crampe dans la main en écrivant.

Jeudi. Porter un livre donne des douleurs dans la main.

Vendredi. Douleur de tête excessivement pénible, surtout au dessous des yeux. Il peut à peine marcher en tenant la tête haute par suite des douleurs. Soulagement

après trois gouttes de Bryonia et des compresses humides.

Samedi. Douleur sourde dans la tête et par tout le corps.

Dimanche. Même mal de tête, pire par instant.

Lundi. Raideur dans les genoux et dans les fesses. Pires dans la soirée. Le mal de tête est mieux le soir.

Mardi. Il peut difficilement monter un escalier et il trouve horriblement douloureux de s'asseoir sur un siège dur. Le mal de tête va mieux.

Mercredi. Les raideurs articulaires vont mieux, mais les fesses sont encore sensibles. Les extrémités sont sensibles au toucher. *Il manie à nouveau le salol et en plus grande quantité.* Pendant tout ce temps les mains se recoquevillent et il ne peut étendre les petits doigts sans beaucoup de douleur.

Jeudi. Aucune douleur sauf dans le bras droit dans la soirée et d'ailleurs elle est très légère.

Vendredi. Douleur dans la fesse gauche surtout en marchant, léger mal de tête. Le mal de tête menaçant se dissipe. Douleurs rhumatismales dans le genou gauche, la cuisse et le bras, la douleur siégeant à la face interne des articulations.

Samedi. Légère douleur dans le bras gauche.

Une autre fois en maniant ce médicament, la même personne avait éprouvé des douleurs dans l'épaule. L'urine sentait légèrement la violette. Ce fut le premier symptôme noté et les autres symptômes ne firent leur apparition qu'après que l'odeur eut disparu. (*The homœopathic World.*)

SYMPTOMES DE LA PEAU D'OPIUM.

Généralement on ne croit pas qu'Opium détermine des

éruptions de la peau. En règle générale, les éruptions qu'il produit sont limitées à la figure, mais quelquefois elles sont généralisées à tout le corps. Le plus souvent ce sont de véritables érythèmes et quelquefois elles ont le caractère scarlatineux. Dans quelques cas il y a une grande rougeur de la peau, une abondante transpiration, de l'accélération du pouls, de la chaleur de la peau. D'après Burgisser, des symptômes résultent souvent même de l'emploi de petites doses, telles que quelques gouttes de Laudanum. Dans la grande majorité des cas, l'éruption se termine par une desquamation qui peut être furfuracée ou en larges plaques, elle ressemble alors à celle de la scarlatine. (*The homœopathic World*).

PHYLOTACCA DANS LA SCARLATINE.

Le Dr Mac Elwec donne les indications suivantes pour l'emploi du Phylotacca dans la fièvre scarlatine ; éruption scarlatineuse sur tout le corps, mal de tête ; fièvre élevée ; les deux côtés de la gorge sont recouverts de fausses membranes de coloration cendrée. L'éruption est sèche et a une apparence ridée, la peau donne au toucher la sensation de papier d'emballage, les urines sont supprimées ; les mains et les pieds sont chauds et brillants, le malade ne peut pas supporter les couvertures. Agitation et insomnie, langue sèche au centre, recouverte d'enduit brunâtre sur les bords ; coryza irritant. L'éruption ne sort pas franchement. (*Médical Century.*)

LE MAL DE TÊTE DE LACHESIS, NAJA ET CROTALUS.

Lachesis est utile dans les maux de tête qui résultent de la suppression d'un écoulement quelconque, aussi est-il indiqué dans les maux de tête dus au catarrhe, aux époques et à la ménopause. Ses douleurs sont soulagées par l'établis-

sement de l'écoulement catarrhal ou menstruel. Les douleurs siègent surtout à gauche et sont aggravées par le sommeil. Il est utile aussi dans les maux de tête qui dépendent d'une affection ovarique ou utérine quand ses symptômes caractéristiques sont présents.

Dans Naja, la douleur siège dans la région orbitaire gauche, elle s'étend en arrière vers l'occiput, est précédée ou suivie de nausées et de vomissements, intermittente, revient tous les deux ou quatre jours, pire après le sommeil comme sous Lachesis. Il est utile dans les maux de tête menstruels et dans ceux qui s'accompagnent de maux de cœur.

Crotalus a un mal de tête qui rend aveugle, il siège dans la tempe droite s'étend vers la tempe gauche et vers le vertex puis l'occiput et cause des vomissements qu'on ne peut enrayer. Un symptôme particulier est qu'aussitôt le mal de tête disparu le malade peut se remettre à ses occupations habituelles. (*American Medical Monthly.*)

PHYTOLACCA DANS LES DOULEURS RHUMATISMALES.

Les douleurs qui simulent le rhumatisme et la goutte ont souvent le caractère de celles de Phytolacca. Ces douleurs peuvent être localisées dans n'importe quel tissu. Phytolacca a guéri des douleurs rhumatismales du cuir chevelu, des bras, de la poitrine, du dos et des extrémités inférieures comprenant les muscles, le périoste et les nerfs. La douleur a un caractère lancinant parfois, profond, tiraillant. Elle a tendance à changer de place ou à alterner avec quelque autre souffrance du malade. Le rhumatisme est pire la nuit, à la chaleur du lit, par temps humide, par le mouvement, la pression et ordinairement aussi par les applications chaudes. Si nous étudions avec

soin cette description nous voyons que Phytolacca diffère de tous les autres remèdes. Les autres remèdes qui s'en rapprochent le plus sont Staphysagria et Mercurius. Dans Mercurius les douleurs n'ont pas cette tendance à être erratiques et il y a sueur abondante sans soulagement, ce qui le différencie de Phytolacca. Dans Staphysagria il y a tendance à avoir le sang froid, dans Phytolacca il y a tendance à avoir le sang chaud, c'est-à-dire que dans l'un on supporte mieux la chaleur que le froid et dans l'autre le froid que la chaleur. Dans le rhumatisme de Phytolacca, il y a généralement en même temps quelque autre trouble de la santé tels que engorgement ganglionnaire ou catarrhe du larynx. (*The Critique.*)

TRAITEMENT DE LA ROUGEOLE.

Le D[r] Walter Jands Mills a essayé Pulsatilla 1[re] comme préventif pour la rougeole, mais le résultat n'a pas été satisfaisant. Pendant la maladie il emploie comme médicament Pulsatilla 3, qui est le médicament indiqué le plus souvent. Il convient aussi bien à la période d'invasion qu'à la période d'éruption et lorsque la diarrhée survient ; Aconitum 1 peut être employé avec avantage au début de la maladie, si les symptômes inflammatoires sont marqués et si la fièvre est élevée. Gelsemium 1 convient lorsqu'il y a un fort coryza et un état nerveux ou apathique notable.

Kali bichromicum 6 est utile pour la toux et pour la bronchite.

Antimonium tartaricum 3 peut rendre des services dans le même cas.

Arsenicum alb. 3 convient surtout lorsqu'il y a beaucoup de troubles gastriques.

Au début de l'otite, il faut donner Ferrum phos. 6 qui l'arrêtera généralement.

Si la suppuration s'établit on aura recours à Calcarea picrata 3. On peut aussi employer Hepar sulf. pour les complications de l'oreille, il convient aussi bien avant qu'après l'établissement de la suppuration. (*The Hahnemannian Monthly.*)

LES INDICATIONS POUR GELSEMIUM.

Hengstebech, de Leipzig, accorde la plus grande importance aux indications suivantes :

1° Paralysie de la paupière (chute de la paupière supérieure).

2° Diplopie, paralysie des muscles des yeux (causée par la paralysie du nerf moteur oculaire commun).

3° Paralysie suite de diphtérie.

4° Paralysies des cordes vocales (paralysie du nerf laryngé inférieur).

5° Difficulté de la déglutition (paralysie des rameaux pharyngiens du nerf vague).

6° Mal de tête partant de la nuque et gagnant par dessus la tête jusque dans les yeux (semblable à celui de Cimicifuga) avec les symptômes mentaux caractéristiques; parfois migraines.

7° Maladies des organes génitaux mâles et femelles : impuissance, blennorrhagie au début, rigidité du col utérin pendant le travail, troubles menstruels.

8° Malaises professionnels (crampes des écrivains et des joueurs de violon).

KREOSOTUM DANS L'ECZÉMA.

A la peau Kreosotum produit un trouble dans le fonctionnement des glandes sébacées et sudoripares, de la tendance aux ecchymoses (par suite d'une cause légère), des

papules, des vésicules des fissures, des squames, des croûtes persistantes qui prennent quelquefois un caractère de malignité avec sécrétion de mauvaise odeur et rarement de la tendance à la gangrène. Les sensations qui indiquent Kreosotum sont le plus souvent des brûlures, des démangeaisons, des morsures, de la raideur et des douleurs de tension. La localisation favorite pour les éruptions papuleuses et squameuses sont le dos des mains, la face, les oreilles, le dos et les épaules ; pour les fissures, les mains et le pourtour des lèvres. Les vésicules et les boutons n'ont pas de lieu d'érection principal et se rencontrent sur tout le corps. Les éruptions ont généralement de l'aggravation la nuit à la chaleur du lit par la pression des vêtements, et par les frictions, tandis que le grattage peut les soulager.

L'eczéma papulo-squameux ou papulo-vésiculeux de la surface dorsale des doigts et des mains, quelquefois excité par un contact répété de substances irritantes et très obstiné dans sa durée, présente souvent assez d'indications pour que Kreosotum en soit le remède curatif. L'eczéma humide de la face ou des oreilles avec sécrétions de mauvaise odeur, douleurs brûlantes et démangeaisons pires la nuit peut être guéri aussi par ce remède. (*The Chironian.*)

CAULOPHYLLUM.

Le D[r] Lutan appelé auprès d'une primipare fut surpris de constater que chez elle le travail s'opérait d'une façon non douloureuse. En l'interrogeant il apprit d'elle que depuis quatre ou cinq mois elle buvait deux fois par jour une infusion de Caulophyllum. (*American Homœopathist.*)

KALI PHOSPHORICUM.

Le D[r] C. T. Hacte rapporte un cas qui confirme l'action

favorable de ce médicament pour combattre l'inertie utérine. (*Minneapolis Hom. Magazine.*)

STANNUM.

Le Dr Midgley Cash rapporte 2 cas de phthisie confirmée dans lesquels Stannum 3 X amena une amélioration temporaire (*Monthly Hom. Review.*)

MALADIE DE BRIGHT.

Le Dr Clifford Mitchell recommande dans cette maladie Ferrum et Strontium qui, entre ses mains, ont réussi mieux que n'importe quel autre médicament. Aurum (mur. natr.) a aussi une grande action contre la diurèse du petit rein contracté et Caféine est le meilleur remède pour les maux de tête dus à l'urémie. Dans les cas désespérés qui s'accompagnent de beaucoup d'hydropisie il donne ces médicaments en alternation.

LICHEN.

Le Dr Mackensie a guéri un cas de lichen ayant plusieurs mois de durée avec Arsenicum iodatum.

MAL DE MER.

Le Dr Robertson a trouvé Ipéca 3 X dit. supérieur à tous les autres médicaments dans le mal de mer. (*The Journal of the British Homœopathy Society.*)

NATRUM SULPHURICUM DANS LES PANARIS.

Le Dr Martin Deschere rapporte un cas dans lequel un panaris fut détourné en deux jours par l'emploi de ce médicament.

Dr G. Nimier.

REVUE DES JOURNAUX

PRÉSENCE D'UNE ANTITOXINE RABIQUE DANS LA BILE DES ANIMAUX ATTEINTS DE RAGE.

M. Koch ayant constaté que la bile des animaux morts de peste bovine contient une substance douée de propriétés immunisantes à l'égard de cette maladie, M. Frantzius a fait des recherches analogues sur la bile des animaux rabiques, prise soit chez des animaux morts de la rage, soit chez des lapins servant de milieu de passage pour le virus destiné aux inoculations antirabiques.

Il a constaté que cette bile, injectée sous la dure-mère, n'a jamais donné la rage aux animaux en expériences; les inoculations sous-cutanées à la dose d'un demi-centimètre cube et d un centimètre cube amènent une réaction fébrile de trois ou quatre jours, sans conférer l'immunité à l'égard de la rage.

Si on introduit sous la dure-mère d'un lapin un mélange à parties égales de bile et de substance cérébrale provenant d'un même animal mort de la rage, le lapin en expérience ne meurt pas de la rage et ne présente même aucun symptôme morbide.

Si, au contraire, on injecte la substance cérébrale seule ou mélangée, avec de la bile d'un animal sain, les lapins ainsi inoculés succombent tous à la rage.

La bile des animaux morts de la rage contient donc une substance capable de neutraliser le virus rabique. (*Vratch*, 18 avril, *Semaine médicale*, 14 mai.)

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE FIBRINEUSE PAR LE NITRATE D'ARGENT.

Ayant administré du nitrate d'argent pour combattre une diarrhée persistante chez un pneumonique, M. le Dr E. Caccianiga (de Trévise) vit tous les symptômes de l'affection pulmonaire s'amender sous l'influence de ce médicament. Depuis lors notre confrère italien a observé cinq autres cas de pneumonie fibrineuse dans lesquels il a eu recours à la médication argentique. Chez tous ces malades, le nitrate d'argent, prescrit à la période d'hépatisation, aurait eu pour effet d'amener une défervescence rapide. Les adultes, au nombre de quatre, ont pris par vingt-quatre heures, jusqu'au moment de la crise, 0 gr. 15 centigrammes de nitrate d'argent divisés en dix pilules; ensuite, 0 gr. 10 centigrammes, *pro die*, jusqu'à l'apparition des râles de retour. La durée moyenne du traitement a varié entre cinq et huit jours. Le cinquième patient, un enfant âgé de douze ans, avait pris une dose quotidienne de 0 gr. 05 centigrammes de nitrate d'argent. (*Semaine médicale*, 11 mai.)

DU CURARE DANS LE DIABÈTE.

Le Dr Clotar Muller, de Leipzig, se basant sur les expériences de Claude Bernard, au Collège de France, dit que s'il est avéré que le curare donné à un animal bien portant produit l'augmentation de la quantité des urines et la présence du sucre dans celles-ci, nous avons là un remède contre le diabète, d'après la loi de similitude.

Le Dr Burkhard, de Berlin, s'est très bien trouvé, du curare qui lui a donné d'excellents résultats; dans un

grand nombre de cas il prescrivait *curare* D. 4 1.10000; 3 doses par jour (1). (*Revue homœopathique belge.*)

TRAITEMENT DE LA RAGE PAR L'INJECTION DE SUBSTANCE NERVEUSE NORMALE

M. Babès a fait une communication sur ce sujet à l'Académie des sciences; ayant inoculé par trépanation quatre chiens avec le virus de passage de deux jours de nos lapins de 1 kilogramme, et ayant traité trois de ces chiens, pendant dix jours, quotidiennement par des injections de 5 grammes d'émulsion de bulbe de mouton normal, le chien de contrôle est mort de la rage le quinzième jour, tandis que les autres résistent. De quatre autres chiens traités de la même façon, un seul résiste.

Dans une autre série d'expériences faites sur trois chiens en commençant les injections trois jours avant l'infection crânienne, le chien de contrôle étant infecté en même temps, celui-ci est mort de la rage le douzième jour, alors que les trois autres animaux résistent.

Ces expériences, qui remontent à plus de deux mois, prouvent qu'on peut combattre la rage par des injections de bulbe de moutons sains et non traités auparavant. (*Semaine médicale*, 6 avril.)

TRAITEMENT DU CANCER PAR L'ABLATION DES OVAIRES.

M. Stanley Boyd publie sur ce sujet un mémoire très intéressant dans le *British med. Journal.*

---

(1) Curare D. 4 veut probablement dire 4e décimale ou 2e centésimale.

Il rappelle qu'on a observé la guérison de cancers du sein opérés récidivés, au moment de la ménopause. Beatson a donc essayé d'enlever systématiquement les ovaires pour enrayer les progrès du cancer. Sur une femme de 33 ans, opérée et atteinte de récidive, il extirpe les deux ovaires le 15 juin 1895. Cinq semaines après, le cancer commençait à rétrograder; au bout de huit mois, il n'en restait plus trace; la malade fut présentée à la Société chirurgicale d'Edimbourg et examinée par Bell, Stiles et Chiene, qui constatèrent la guérison. Celle-ci se maintenait en juin 1897. Deux autres cas relativement favorables furent observés par le même auteur.

Stanley Boyd a pratiqué cinq fois l'ablation des ovaires dans des cas où il y avait impossibilité d'extirper des cancers du sein propagés à la peau et aux ganglions. Quatre fois l'opération a été suivie de résultats inattendus. Dans une série de schémas qui correspondent aux différentes dates des observations, il montre les tumeurs secondaires diminuant, et la néoplasie s'atrophiant progressivement, donnant aux malades une survie considérable; dans l'observation II, les adénites cancéreuses avaient complètement disparu vingt-quatre semaines après l'opération. (*Revue des Sciences médicales*, 15 avril 1897).

VARIÉTÉS

Monument de S. Hahnemann.

6e LISTE DE SOUSCRIPTION

(Souscriptions reçues au secrétariat du Comité).

	Francs.
Les homœopathes danois.	108 50
M. le Dr Bouffier, de Cette.	10 »
M. le Dr de Boissy, de Marseille.	10 »
M. Lejongleux, à Saint-Mandé.	5 »
M. Lecoq, à Paris.	5 «
M. Collet, à Bordeaux.	5 »
Anonyme, à Paris.	20 »
M. le Dr Béraud, vétérinaire à Avignon. . . .	5 »
Souscriptions reçues à la pharmacie homœopathique Piotruzinski, 104, rue du Faubourg Saint-Honoré (1er versement).	60 »
Souscriptions reçues à la pharmacie homœopathique Peuvrier, 2, boulevard Saint-Martin (1er versement). MM. Lafay, Pinel, Duquesne, Cadot, Collin, Rouchet, Rianbé, Anonyme, Melzenard, Gennier, Guerineau, Brice, Anonyme.	37 50
Mme Brindeau	5 »
Mme Lasson	5 »
	276 »

Souscriptions annoncées dans les Journaux homœopathiques.

La *Revista homeopathica*, de Barcelone, avril 1898, publie la liste suivante :

A reporter. 276 »

Report. 276 »

PRIMERA LISTA DE SUSCRIPCIÒN.

	Pesetas.	
M. le Dr Juan Sanllehy.	100	
Francisco Benavent (padre). . • . .	50	
Jose Sabater.	50	
Javier de Benavent (hijo)	30	
Manuel Vivès.	25	
Enrique Laplana.	50	
Ramon Roig.	25	
Manuel Cahis	5	
J. Manaut.	25	
José Giro	25	550 »
Pedro Pinart.	25	
Joquin Costa	25	
Jaime Abreu.	10	
Francisco Derch Marsal.	25	
Angel Olivé.	10	
Farmacia homeopatica Gort.	25	
José Piqué.	10	
Juan Borrell	5	
Aniceto Suriol.	5	
Total.	525	

(NOTA : Le change sera compté dans les frais généraux.)

L'*Allgemeine homœopathische Zeitung*, du 17 mars au 28 avril publie sa deuxième liste :

	Marcks.	
M. le Dr Gisevius Jun, Berlin	5	
M. le Dr Mossa, Stuttgart.	10	25 »
M. le Dr Schlegel, Tubingen.	5	
	20	
		851 »
Listes précédentes. . . .		6.762 75
Total.		7.613 75

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

P. Jousset

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

D

E

J

K

L

M

N

F

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE
ANATOMIE
PHYSIOLOGIE
HYGIÈNE

NOSOGRAPHIE
ÉTIOLOGIE
SÉMÉIOTIQUE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-QUATRIÈME ANNÉE
TOME LXXXVII

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

—

1898

L'ART MÉDICAL

JUILLET 1898

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

THÉORIES SUR LA VACCINATION ET LA SÉRUMTHÉRAPIE

Nous avons exposé dans le dernier numéro de l'*Art médical* les très nombreuses et très intéressantes expériences, qui nous ont permis de décrire la succession des phénomènes, qui se déroulaient dans l'organisme vivant depuis l'inoculation d'une culture microbienne jusqu'à la formation des *vaccins* et des *sérums curatifs.* Nous avons vu dans quelles conditions se faisaient cette évolution et quelles étaient les lois qui y présidaient. Et nous avons pu conclure que ces vaccins et ces sérums étaient le produit de l'élaboration de la cellule vivante à la suite de modifications qu'elle subit par le contact du microbe et de ses toxines.

Aujourd'hui nous allons examiner les diverses théories à l'aide desquelles on a essayé d'expliquer l'action vaccinante et l'action curative des sérums ainsi obtenus. Sans doute cette partie du problème n'offre pas l'intérêt pratique de notre précédente exposition, mais elle a une grande importance au point de vue doctrinal.

Deux explications résument toutes les théories qui ont été émises à ce sujet. L'une enseigne que les vaccins et

les sérums curatifs agissent en créant l'*état bactéricide* des humeurs. L'autre explique la même action par un accroissement considérable de la *phagocytose*.

L'état bactéricide est caractérisé par la propriété qu'acquièrent ou que possèdent naturellement les humeurs et les tissus d'un organisme vivant de détruire les microbes et leurs toxines.

Cet état bactéricide existe aussi bien *in vitro* que dans 'organisme, c'est-à-dire que des microbes mélangés à une humeur bactéricide devient inerte et cette expérience de Charrin démontre que l'état bactéricide peut développer toute son action en dehors de la phagocytose.

La théorie de la phagocytose émise et principalement défendue par Metchnikoff explique les actions vaccinantes et curatives des sérums par un accroissement considérable des phagocytes et de leurs fonctions.

L'action des phagocytes sur les microbes est aujourd'hui généralement acceptée, mais une objection a été soulevée qui consiste à dire que les phagocytes détruisent bien les microbes, mais que les toxines sont antidotés préalablement par une action bactéricide.

Plusieurs séries d'expériences ont été faites pour démontrer que les phagocytes détruisaient à la fois le microbe et sa toxine. Nous examinerons en premier lieu un mémoire publié par Metchnikoff dans les annales de Pasteur. (1898 p. 263.)

Dans des travaux précédents cet expérimentateur avait démontré la réalité de la réaction phagocytaire non seulement contre le microbe vivant et contre sa toxine, mais encore contre les poisons minéraux, comme l'arsenic. Dans le mémoire que nous analysons en ce moment, il a recherché l'action des leucocytes sur la toxine tétanique.

Wassermann et Takaki ont constaté que lorsque la toxine tétanique était mélangée avec la substance cérébrale, elle devenait inactive et pouvait être impunément injectée aux animaux. Wassermann a conclu de ce fait, que les centres nerveux des animaux bien portants contenaient une antitoxine, comparable à celle que MM. Behring et Kitasato ont découvert dans le sang des animaux vaccinés contre le tétanos.

C'était une illusion! La substance cérébrale ne neutralise en aucune façon la toxine tétanique, elle se borne à l'emprisonner, à l'isoler en sorte que son action est suspendue.

Rapportons quelques-unes des expériences qui démontrent l'erreur de Wassermann.

Marie injecte de la matière cérébrale dans une patte postérieure d'un lapin et la toxine tétanique dans l'autre patte. Celui-ci prend le tétanos et en meurt comme le témoin. Si l'on injecte la substance cérébrale à la face dorsale de la cuisse d'un cobaye et la toxine tétanique à la face ventrale de la même cuisse, le même résultat se produit.

De même si on injecte l'émulsion cérébrale dans la cavité péritonéale d'un cobaye et que le lendemain on inocule, dans une patte postérieure de cet animal, la toxine tétanique, le cobaye meurt du tétanos comme son témoin.

Bien plus, si on injecte la toxine tétanique dans la substance cérébrale elle-même d'un animal vivant, il prend le tétanos (Roux).

De ces expériences nous pouvons donc conclure que la substance cérébrale mélangée à la toxine tétanique, ne *neutralise* pas cette toxine suivant l'expression propre du

mot mais qu'elle la rend inoffensive en l'enrobant comme une pilule.

Metchnikoff a mis profit cette circonstance pour étudier l'action des phagocytes.

Quelques minutes après l'injection dans le péritoine des cobayes d'un mélange de toxine tétanique et de substance cérébrale, si à l'aide de tubes effilés on prélève quelques gouttes de la lymphe du péritoine,on trouve déjà les leucocytes bourrés de matière cérébrale. Au bout d'un temps qui varie de vingt minutes à une heure, on ne trouve plus de matière cérébrale libre, elle est toute englobée par les macrophages.La digestion intra-cellulaire de la matière cérébrale par les phagocytes se fait avec une grande lenteur et trois semaines après l'injection dans le péritoine on trouve encore un grand nombre de ces cellules contenant des masses de myéline. Et comme la toxine tétanique est fixée à la matière cérébrale, elle est englobée avec elle par les macrophages. Et cette absorption de la toxine par les leucocytes mononucléaires empêchent son action tétanigène.

Il résulte des recherches de Metchnikoff et de Besredka que une injection d'arsenic chez des lapins accoutumés à ce poison, provoque une forte accumulation de polynucléaires, qui englobent l'arsenic et le rend inoffensif pour l'organisme.

Ces expériences démontrent donc que les phagocytes exercent leurs fonctions sur les microbes et leurs toxines, sans que ces toxines àient subi une destruction préalable, indépendante des cellules phagocytaires.

Le Dr Salimbeni a institué des expériences pour démontrer que chez les animaux hypervaccinées la destruction des microbes et de leurs toxines était due à la phagocytose.

Ces recherches ont été faites sur le bacille diphtérique, sur le vibrion du choléra et sur le sptreptocoque. Nous résumerons ces expériences pour que le lecteur puisse avoir une idée du mécanisme de la phagocytose.

Pour ces trois microbes ce sont surtout les leucocytes polynucléaires qu se sont montrés doués des propriétés bactéricides les plus énergiques « Dans le cas de la diphtérie, en effet, les leucocytes mononucléaires n'interviennent presque pas. Les vibrions cholériques englobés par les polynucléaires sont aussitôt transformés *en boule* et périssent rapidement. Les vibrions englobés par les mononucléaires, au contraire conservent,constamment leur forme et .périssent plus lentement. Dans le cas du streptocoque, les mononucléaires arrivent dès le début en très grand nombre et *phagocytent* la plupart des microbes, mais ensuite une grande partie de ces cellules périssent et se désagrègent. Les streptocoques mis en liberté par la destruction des mononucléaires sont de nouveaux phagocyté par les polynucléaires et c'est dans l'intérieur de ceux-ci qu'ils sont définitivement tués et digérés » (*Annales de Pasteur* 1898, p. 207).

Une question reste à résoudre, c'est de savoir si les microbes injectés à un animal hypervacciné perdent leur virulence par l'action directe des humeurs avant d'être phagocytés.

Cette question n'a pu être résolue que pour le streptocoque et des expériences on peut conclure que, tant qu'il existe des microbes libres, il n'est pas possible de constater une modification appréciable dans la virulence des microbes injectés. Bien plus les microbes englobés pendant la première phase phagocytaire sont toujours capables de donner l'infection mortelle. D'où l'on peut conclure

que pour les streptocoques au moins la virulence des toxines n'est point détruite par les humeurs.

La doctrine de la phagocytose semble suffisante pour expliquer l'immunité acquise. Mais elle ne détruit point les faits établissant l'état bactéricide des humeurs et l'action destructive de ces humeurs sur les microbes et leurs toxines, non seulement dans l'organisme vivant mais encore *in vitro*.

Dans l'état actuel de la question nous sommes encore obligés d'admettre que l'immunité s'explique à la fois et par la phagocytose et par l'état bactéricide.

D^r^ P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

EXPÉRIENCES SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LA CULTURE DE TUBERCULOSE ATTÉNUÉE.

(*Travail du Laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques*).

En novembre 1897 nous avons publié les résultats d'une première série de cobayes traités par les injections d'une culture pure au millionième et de cette première série d'expériences nous avons dû conclure, que les injections de tuberculose au millionième n'ont pas retardé la mort des animaux en traitement, qu'elles ont accru le mouvement fébrile, par conséquent qu'elles ont été plutôt nuisibles qu'utiles.

Nous avons ensuite donné une deuxième série d'expé-

riences de cobayes tuberculeux traités par des injections de culture pure à doses plus faibles au trillionième. Cette dose de tuberculose a diminué le mouvement fébrile, favorisé l'embonpoint et prolongé notablement la vie des cobayes en expérience.

C'est cette deuxième série d'expériences aujourd'hui complète, que nous publions.

Résumé des expériences sur le traitement de la tuberculose par les injections de culture pure du bacille de Koch au trillionième.

Culture pure au triollionième. — Six cobayes ont servi à ces expériences. 4 furent inoculés le 4 mai 1897. 2 autres étaient déjà inoculés le 11 mars, mais pour tous le traitement commença le 8 mai.

Témoin. — Ce cobaye pesait 555 grammes le 4 mai 1897 quand il fut inoculé avec une culture pure, sa température commença à s'élever à partir du 15e jour de l'injection elle se maintint aux environs de 40° jusqu'à sa mort. Le cobaye augmenta de poids les premiers jours comme tous nos cobayes en expérience, puis il commença à diminuer à partir de la 3e semaine de 10 à 15 grammes tous les huit jours avec quelques alternatives, qui lui faisaient reprendre un certain nombre de grammes, Quand il mourut le 5 août, trois mois et un jour après l'inoculation, il ne pesait plus que 500 grammes au lieu de 555. Le foie et la rate, congestionnés et très volumineux, présentaient de nombreux tubercules. La mort semble avoir été déterminée par une péritonite.

Cobaye n° 1. — Il pesait 705 grammes quand il fut ino-

culé avec la même culture que le témoin le 4 mai. Il reçut le 8 mai, un centimètre cube d'une culture de tuberculose à la 6e dilution. Le traitement fut continué jusqu'à sa mort tous les cinq ou six jours. La température se maintint entre 39° et 39°5 pendant presque toute la durée de l'expérience et c'est seulement à la fin d'août et au mois de septembre que sa température s'éleva à 40°.

Le poids de ce cobaye diminue de 10 et 15 grammes pendant tout le mois de mai et à la fin de ce mois, il avait perdu 35 grammes. Mais au mois de juin il commençe à augmenter et à la fin du mois il avait atteint 715 grammes, 10 grammes de plus qu'au commencement de l'expérience; nouveau progrès en juillet il atteint le 24, 750 grammes et après des oscillations le 14 août 755 gr. à partir du mois de septembre il diminue de poids constamment, et, le 19, jour de sa mort, il ne pesait plus que 670 grammes ayant comme le témoin perdu juste 35 gr. Il ne survécu que quatorze jours au témoin. Seulement pendant deux mois par sa température et l'augmentation de son poids, il nous fit espérer sa guérison. A l'autopsie il était tuberculeux. La rate et le foie très gros ; les poumons farcis de tubercules et la plaie d'inoculation n'était pas cicatrisée.

Cobaye n° 2. — Il ne pesait que 460 grammes le 4 mai jour de son inoculation. Le traitement fut commencé le 8 mai et répété comme pour le précédent. La température comme pour le témoin se maintint à 40° et au-dessus. Il augmenta d'abord de poids, mais commença à maigrir sérieusement le 21 mai. Son poids oscilla de 430 à 475 dans le mois de juin. Il diminua pendant le mois de juillet et il ne pesait plus que 395 grammes le jour de sa mort,

ayant perdu 65 grammes pendant l'expérience. Il ne survécut qu'un jour au témoin.

COBAYE N° 3. — Ce cobaye fut inoculé le 4 mai, il pesait alors 615 grammes. Le traitement commença le 8 mai et fut suivi régulièrement comme pour les précédents. La température resta normale c'est-à-dire 39 et 39°5 jusqu'au 10 septembre, où elle atteignait quelquefois 40°. Cette température un peu plus élevée que la normale persista pendant le mois d'octobre et de novembre.

Le poids du cobaye augmenta progressivement pendant le mois de mai et de juin présentant comme toujours des oscillations. Le 26 juin il ne pesait que 620 grammes 5 grammes de plus qu'au début. Le 24 juillet, il atteignait 700 grammes gagnant ainsi 85 grammes sur un poids initial. Au mois d'août, même poids. A la fin de septembre en même temps que la température s'est un peu élevée, il maigrit un peu 680 grammes. Il se relève un moment à 700 grammes. Puis du 16 octobre au 17 novembre, il dépérit graduellement et ne pesait plus que 580 grammes le jour de sa mort, ayant ainsi perdu 35 grammes de son poids initial. Il mourut le 19 novembre trois mois après le témoin.

Il était manifestement tuberculeux

COBAYE N° 4. — Ce cobaye ainsi que le suivant fut inoculé le 11 mars 1897. Il pesait à cette date 485 grammes. Il ne fut traité qu'à partir du 15 mai par les injections de tuberculose à la 6[e] dilution ; à partir du 15 avril jusqu'au moment du traitement la température du cobaye s'éleva sensiblement et dépassa souvent 40°. Son poids augmenta considérablement et atteignait 680 grammes

le 9 avril, alors que la température n'avait pas encore augmenté.

Dès que la température s'est élevée, le cobaye a maigri considérablement. Son poids a diminué de 230 grammes, puis il a réagi et pesait 495 grammes au moment du traitement, c'est-à-dire 10 grammes de plus que le poids initial.

Sous l'influence du traitement la température a diminué après le premier mois elle ne dépassait 40° que très exceptionellement et se maintenait à la température normale. De même en juillet, août, septembre, elle s'éleva un peu au commencement d'octobre et il mourut le 9 octobre.

Voici les oscillations présentées par le poids de l'animal : huit jours après le début du traitement, il commença à augmenter de poids. Un mois après, il avait gagné 60 grammes, puis avec des oscillations il atteignit au mois d'août 700 grammes, et commença à maigrir le 11 septembre, baissa progressivement jusqu'à 515 grammes le 2 octobre. Le jour de sa mort, il ne pesait plus que 435 grammes, ayant perdu 60 grammes depuis le commencement du traitement.

Ce cobaye est mort 7 mois moins 2 jours après l'inoculation, 4 mois et 24 jours après le commencement du traitement et 2 mois et 4 jours après le témoin.

L'influence du traitement semble donc évidente mais seulement comme prolongation de la vie, car ce cobaye est mort tuberculeux ; la petite plaie d'inoculation n'était pas complètement fermée ; c'était le poumon qui présentait les lésions tnberculeuses, les plus nombreuses. Le foie était peu tuberculeux, il avait subi la dégénérescence graisseuse, la rate avait repris son volume normal et contenait seulement quelgues granulations.

Comme c'est habituellement la rate qui offre les premières lésions tuberculeuses et les plus avancées et que le poumon est toujours pris en dernier, on pourrait conclure que chez ce cobaye, sous l'influence du traitement, la lésion aurait subi un commencement de régression.

Cobaye n° 5. — Inoculé comme le précédent le 11 mars avec une culture pure, ce cobaye avait un poids initial de 485 grammes.

La température commença à s'élever le 16 avril, un mois et cinq jours après l'inoculation. Elle baissa spontanément au commencement de mai, mais elle devint normale (39°, 39°5) à partir du traitement inauguré le 15 mai.

La température resta normale les mois de juin, juillet, août, septembre, octobre. Le dernier jour d'octobre, elle présenta même un abaissement à 38°2 qui dura deux jours puis redevint normale en novembre, décembre 1897, janvier 1898.

Elle diminua subitement et tomba à 36°2 deux jours avant la mort survenue le 1er février.

Le poids de ce cobaye angmenta notablement dans les deux mois qui suivirent son inoculation et au moment où commença le traitement, il pesait 620 grammes ayant gagné 135 grammes sur le poids initial. Ce poids s'accrut progressivement les mois suivant avec les oscillations ordinaires. Il atteignit 700 grammes à la fin de juin, 725 grammes à la fin de juillet, 850 grammes à la fin d'août, 90 grammes au 18 septembre, puis son poids diminua un peu pour remonter à 940 grammes le 16 octobre, conserva ce poids avec quelques variations pendant le mois de novembre, recommença à maigrir au mois de

décembre et au mois de janvier il perdit 55 grammes dans ce mois.

Dans les huit derniers jours de son existence, il perdit 80 grammes et pesait encore 720 grammes quand il mourrut.

La mort de ce cobaye arriva le 1er février, près de onze mois après l'inoculation de la tuberculose, ayant survécu six mois au témoin. Il succomba a une pleurésie avec épanchement sanguinolent et cette complication explique sa mort rapide, à un moment où ni l'amaigrissement ni la température ne pourrait faire prévoir cette terminaison. Et cependant l'autopsie démontra qu'il était tuberculeux. La plaie d'inoculation était cicatrisée depuis longtemps.

CONCLUSIONS. — Une température normale pendant de longs mois, une augmentation considérable du poids, une survie qui a été de six mois sur le témoin semble bien établir une action favorable de la culture pure du bacille de Koch sur la marche de la tuberculose.

Et cependant nous sommes obligé de reconnaitre que ce mode de traitement n'est pas réellement curatif, puisque tous nos animaux en expérience sont morts tuberculeux.

Dr P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE

TOXICOLOGIE DE L'ERGOT DE SEIGLE

M. Pouchet, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine, a fait, le 5 février, une leçon sur l'action abortive du seigle ergoté et sur son action sur le système nerveux; cette leçon, qui a été publiée dans la *Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie* (1) est très intéressante pour nous autres, homœopathes, et nous allons en reproduire un certain nombre de passages.

I. *Action abortive de l'ergot de seigle.* — L'ergot de seigle a une action élective sur les fibres lisses et surtout sur les fibres lisses de l'utérus, action qu'il est facile de constater sur les femelles d'animaux. La destruction du plexus sympathique et sacré, la section de la moelle, montrent qu'il s'agit d'une action directe sur les fibres lisses de l'utérus; cette action se manifeste encore plus sur un utérus gravide et se manifeste à son summum lorsque la grossesse arrive vers son terme.

L'action abortive du seigle ergoté est établie par des faits observés soit chez des animaux, soit chez l'homme. Ainsi Kobert relate qu'un troupeau de vaches ayant été parqué sur des prairies où poussait une variété de graminées, infestée par le champignon d'ergot, une cinquantaine de ces animaux avortèrent.

(1) 16 avril 1898.

Voici maintenant une observation d'avortements provoqués chez la femme ayant amené la mort et une enquête médico-légale faite par le professeur Pouchet :

Le 14 août 1885, mourait, dans un village du département du Doubs, une fille R..., domestique chez un cultivateur. A plusieurs reprises déjà, la rumeur publique avait accusé le maître de cette fille d'avoir provoqué chez elle des avortements. Or, pendant le dernier mois qui avait précédé sa mort, la fille R... avait présenté, entre autres symptômes, de la gangrène des extrémités. Une instruction fut ouverte, qui révéla les faits suivants :

Entrée au service de l'accusé, en 1877, la fille R... n'avait pas tardé à entretenir avec lui des relations intimes ; une grossesse s'en était suivie presque aussitôt. Son maître, mis au courant de la situation, lui proposa de la faire avorter et, sur son consentement, il lui fit absorber un breuvage composé d'un liquide blanc grisâtre, inodore, et de saveur amère. Quelques instants après qu'elle eut absorbé ce breuvage, elle fut prise de violentes coliques, de douleurs de reins, de vertiges, et d'un sentiment de lassitude extrême. A quelques jours de là survint une métrorrhagie, puis l'avortement.

Au commencement de l'année 1878, la fille R... étant redevenue enceinte, accepta d'absorber à deux reprises différentes le même breuvage. Elle avorta pour la seconde fois, et dut garder le lit pendant environ deux mois. Une nouvelle grossesse fut suivie d'un nouvel avortement, provoqué de la même façon. Une quatrième et une cinquième grossesses furent menées à terme, la fille R... ayant énergiquement refusé d'absorber le breuvage à l'aide duquel son maître l'avait fait avorter les précédentes fois.

En octobre 1882, une nouvelle grossesse étant survenue peu de temps après le précédent accouchement, fut l'occasion d'une nouvelle tentative d'avortement, qui aboutit, après que la fille R... eut absorbé six fois le breuvage. Un autre avortement fut déterminé à quelque temps de là, après absorption de quatre doses du même breuvage; la fille R... était, à ce moment-là, enceinte de cinq mois.

Enfin le 6 mars 1885, un dernier avortement se produisit, après absorption, à quatre reprises différentes, du breuvage; la fille R... était enceinte de quatre mois, au moment de se faire avorter. Dans le courant du mois précédent, elle était allée consulter un médecin de la frontière suisse, se plaignant de diarrhée et de vomissements. Le médecin constata les symptômes d'une grossesse de quatre à cinq mois. Il soupçonna sa cliente de vouloir se faire avorter, et il la prévint qu'elle s'attirerait des désagréments, si sa grossesse n'était pas menée à terme. Il la revit un peu plus d'un mois après l'avortement. Ce qui le frappa le plus dans l'aspect et dans les symptômes extérieurs de la malade, c'était une forte dyspnée, compliquée de toux et d'expectoration non sanguinolente. Il constata en outre l'existence d'une hypertrophie cardiaque, avec bruit de souffle au premier temps, pulsations irrégulières et très exagérées. Il rattacha à l'affection cardiaque, l'hydropisie qui existait aux bras, aux mains, au ventre et aux membres inférieurs, mais principalement aux malléoles.

La fille R... fut visitée le 5 juillet par un autre médecin, qui constata un œdème généralisé, accompagné de suffocations et de faiblesse générale.

Le 7 août, eut lieu la visite du médecin commis comme expert. C'est à cette époque que fut constatée pour la pre-

mière fois la gangrène des extrémités. L'interrogatoire de la malade révéla que, vers le mois de juillet, des taches rosées étaient apparues sur les pieds, les jambes, les mains et les avant-bras. A ces taches avaient fait suite des boucles d'eau, puis des plaques noirâtres. Le 7 août, la face dorsale de la main droite était complètement noire; la face externe de l'avant-bras droit présentait le même aspect dans les deux tiers de son étendue, par suite de la gangrène de la peau La région gangrénée était bordée par un liséré rouge, large d'un centimètre, d'où s'écoulait un liquide puriforme, d'une odeur infecte, et qui laissait voir les muscles à nu. La gangrène de la main gauche était moins avancée, on voyait à la face dorsale une vaste ampoule, la peau des doigts était noire au niveau de la première phalange, au niveau des deux premières pour l'annulaire. A la face dorsale de chaque pied on voyait une phlyctène. La peau des orteils était complètement gangrénée, les ongles étaient tombés; la gangrène s'arrêtait au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

Les membres inférieurs étaient très œdématiés, la peau du ventre présentait de nombreuses rides, et l'œdème avait gagné toute la région abdominale. La malade était dans un état d'extrême cachexie; malgré cela elle avait conservé un bon appétit. Elle fut visitée une dernière fois par l'expert, le 10 août; c'est à peine si elle avait encore la force de prononcer quelques mots, elle ne répondait plus que par monosyllables. La gangrène avait encore progressé. La mort arriva le 14 août.

Chargé de faire l'examen des viscères, il me fut impossible d'étudier la répartition et la localisation de la substance toxique, en raison de la négligence avec laquelle l'autopsie avait été pratiquée. Cela est d'autant plus

regrettable que cette affaire est, à ma connaissance, la première dans laquelle la mort due à un empoisonnement par le seigle ergoté ait été suivie de recherches toxicologiques ayant donné des résultats absolument positifs. Ces résultats auraient eu une valeur bien plus grande encore, si la répartition du poison dans les divers organes avait pu être déterminée.

Mes recherches ont porté sur trois portions différentes des organes :

1° Utérus, estomac, rate, foie, rein, cœur ;

2° Cerveau ;

3° Liquide dans lequel baignaient les premiers organes.

Je passe sur les détails un peu arides qui se rapportent à la technique de mes recherches. Qu'il vous suffise de savoir que celles-ci m'ont permis de déceler dans les organes de la fille R..., non seulement les matières colorantes caractéristiques de l'ergot de seigle, mais encore l'ergotinine, l'alcaloïde du seigle ergoté, et en proportions notables.

Je pourrais vous citer une autre observation qui reproduit presque trait pour trait les phénomènes pathologiques relevés dans la précédente, et dans laquelle je fus commis comme expert. Cette fois il me fut encore possible de retrouver dans les parties gangrenées, l'ergotine et les matières colorantes de l'ergot.

Il me paraît donc absolument erroné de prétendre que l'ergot de seigle n'est pas une substance abortive. Tout dépend de la qualité de la préparation et des circonstances dans lesquelles on l'administre.

J'admets très volontiers l'intervention d'une réceptivité spéciale, comme semble le prouver le fait que je viens de vous rapporter, mais je ne lui attribue qu'un rôle *quanti-*

tatif, si je puis m'exprimer ainsi, l'action abortive sur l'utérus gravide constituant une des caractéristiques *qualitatives* des manifestations pharmacodynamiques de l'ergot de seigle récent.

II. *Action de l'ergot de seigle sur les centres nerveux.* — Je passe maintenant à l'action du seigle ergoté sur les centres nerveux. Elle ressort d'une façon très nette de l'étude des épidémies d'ergotisme, qui ont sévi en Europe, à différentes époques et sur différentes contrées.

A vrai dire, ces épidémies ne remontent pas à un passé très reculé. Il me paraît indubitable, en raison de la gravité des manifestations auxquelles les épidémies d'ergotisme donnent toujours lieu, qu'elles n'eussent pu passer inaperçues des observateurs anciens, si les circonstances leur avaient permis de se produire. Or, il est particulièrement curieux de remarquer que l'on ne relève aucun fait dans l'antiquité et les premiers siècles de notre ère, qui puisse permettre de soupçonner l'intervention d'accidents attribuables à la présence du seigle ergoté dans les substances utilisées pour l'alimentation : c'est un fait sur lequel tous les épidémiologistes et les cliniciens me paraissent d'accord. Il semble qu'on puisse y rattacher la maladie qui a régné dans une partie de l'Europe, au x^e^ siècle, et qu'on a décrit sous le nom de *feu sacré*, *feu de Saint-Antoine*. Mezeray nous a laissé la description d'une de ces épidémies, qui fut très sévère, car elle ne fit pas moins de 40,000 victimes en Aquitaine, et les malades qui gardèrent la vie sauve perdirent un ou deux membres ; ceux-ci, noirs comme du charbon, se détachaient spontanément.

A partir du xvi^e^ siècle, on trouve des relations très pré-

cises d'épidémies d'ergotisme, sous des appellations diverses.

En Silésie, une maladie, inconnue jusqu'alors, sévit en l'année 1587 ; on lui donne le nom de *Krümme*, parce qu'elle se traduit surtout par des contractures, par des torsions imprimées au corps.

En 1595-1596, une épidémie formidable éclate en Allemagne, dans l'évêché de Cologne, dans le duché de Brunswick, dans le Hanovre, dans la Saxe, dans la Hesse. Elle fait l'objet d'une étude très remarquable de la part des professeurs de la Faculté de Marbourg, sous le nom de *Kriebelkrankheit* (maladie des fourmillements). Cette étude comprend du reste les formes les plus variées, et même les plus rares, de l'ergotisme épidémique.

Adam Lonicer (de Francfort), à qui l'on doit, comme je vous l'ai déjà dit, les premières recherches sur l'ergot de seigle, n'hésita pas à l'attribuer à la présence de cette substance qu'il avait appelée *clavus seliginus*.

En 1630, Thuillier attribue à la présence du *blé cornu* dans les céréales utilisées pour l'alimentation, une épidémie de même nature, qui sévit en France ; Perrault, en 1672, rapporta à la même altération des grains, l'épidémie qui dévasta la Sologne.

En 1754, une épidémie se montre à Upsal, à laquelle Linné donne le nom de *raphanie ;* il voulait exprimer par là que les accidents étaient dus à ce que l'orge, qui servait à la fois à l'alimentation des hommes et des bestiaux, était mélangée en grandes quantités de semences de *Raphanus raphanistrum*. Le nom de raphanie est resté pour désigner plus particulièrement les épidémies à forme convulsive. Et cependant, on ne fut pas long à reconnaître que le *raphanus* n'était pour rien dans la production des

accidents qui caractérisaient l'épidémie en question. Une mauvaise récolte d'orge avait nécessité l'importation d'une grande quantité de seigle qui fut reconnu pour être fortement ergoté. En outre, indépendamment de l'ergot, on avait constaté la présence d'autres toxiques végétaux, du champignon de la carie des céréales (*uredo caries*), de l'ivraie, de la nielle (*agrostemma githago*). A vrai dire, il est difficile de faire la part qui revient à ces différents toxiques, dans les épidémies susdites.

Auparavant on avait surtout observé des épidémies caractérisées par des accidents à forme gangréneuse. A partir de la fin du XVI^e^ siècle il semble que les accidents convulsifs aient dominé. En tout cas on trouve alors des observations catégoriques, explicites, autorisées par la valeur même de ceux qui les ont décrites, et qui se rapportent à l'ergotisme convulsif. Pour ne parler que des épidémies qui se sont montrées dans notre pays, je vous mentionnerai celle qui a sévi en Sologne, en l'année 1672, et dont Perrault nous a laissé une description sous le nom de *mal des ardents*, *gangrène des Solognots*. Deux années plus tard (1674), une épidémie éclate à Montargis et dans les environs. L'Académie des Sciences délégua un de ses membres, Dodart, pour rechercher les causes de l'épidémie. Il fut reconnu que celle-ci était due à l'usage alimentaire du seigle ergoté, en raison de quoi Pontchartrain donna à l'intendance d'Orléans l'ordre d'empêcher la mouture des grains ergotés.

En 1747, une nouvelle épidémie éclate en Sologne, d'autres à Lyon, en 1814, en 1854 et 1855. Depuis cette époque l'ergotisme semble avoir épargné nos populations françaises.

Je relèverai encore, en fait d'épidémies récentes, celle

qui a régné dans les Flandres en 1845, 1846 ; les épidémies qui ont éclaté en Allemagne, en 1856, en 1868, en 1879 et en 1880. Les deux dernières ont donné lieu à des recherches qui nous ont particulièrement bien fait connaître l'action nocive du seigle ergoté sur les centres nerveux. Je reviendrai plus en détails sur ces recherches, dans un instant.

Messieurs, de l'ensemble des relations qui ont été laissées de ces diverses épidémies, une première notion se dégage, c'est que l'ergotisme se révèle à nous sous deux formes cliniques principales : une *forme gangréneuse*, une *forme convulsive*.

Ces deux formes débutent par une phase initiale qui leur est commune, c'est la phase d'*ivresse ergotique*. Cliniquement elle est caractérisée par des vertiges, de la céphalalgie, de l'hébétude, des troubles de la vue et de l'ouïe, par des phénomènes d'anesthésie qui sont accusés surtout quand c'est la forme gangréneuse qui doit se développer dans la suite. Au contraire les fourmillements prédominent lorsque la maladie doit revêtir ultérieurement la forme convulsive.

En ce cas, aux fourmillements succèdent des mouvements convulsifs qui agitent les membres d'une façon intermittente, des contractures intenses et prolongées, qui sont douloureuses au point de faire pousser des cris aux malades. Ces contractures entraînent des rétractions tendineuses qui immobilisent les jointures dans des attitudes anormales.

En se généralisant elles peuvent simuler la rigidité cadavérique. A une période plus avancée, les malades viennent en proie au délire ; finalement ils succombent dans le coma, sans avoir présenté de gangrène. Nous ver-

rons tout à l'heure que la répercussion de l'ergotisme sur les centres nerveux peut se traduire par d'autres symptômes.

Dans la forme gangréneuse, les fourmillements de la période initiale sont beaucoup plus supportables ; les malades se plaignent surtout d'avoir des élancements dans les membres, des douleurs, des sensations de brûlure ou de froid glacial. La sensibilité s'émousse jusqu'à disparaître dans les parties qui vont se gangréner. A ce niveau la peau pâlit, se ride, se macule de taches violacées ou noirâtres. La circulation se ralentit, puis s'arrête. La mortification a fait son œuvre, sous la forme d'une gangrène sèche, plus rarement d'une gangrène humide. Puis on assiste à l'élimination spontanée de l'escharo, et il en peut résulter la perte d'un ou de plusieurs membres. A cette période les malades sont pris d'hématuries et d'hématémèses, qui peuvent être aussi rebelles que dans la diathèse hémorrhagique.

Voyons maintenant de quelle manière les choses se sont passées lors des plus récentes épidémies d'ergotisme, qui ont éclaté en Europe. Cela me fournira l'occasion de vous parler de l'action élective que l'ergotisme exerce sur les centres nerveux.

En 1879, une épidémie s'est abattue sur le district de Novgorod, en Russie, au milieu de paysans pauvres, vivant dans les plus déplorables conditions d'hygiène, et qui avaient fait entrer dans leur alimentation, de la farine contenant 7 p. 100 d'ergot. Dans un seul village, il y a eu 39 cas, dont 4 terminés par la mort.

Cette même année, une épidémie d'ergotisme s'est déclarée dans le duché de Hesse; c'est peut-être celle qui. de toutes, a été le mieux étudiée. Elle a fait l'objet de tra-

vaux de la part de Tuczek, qui nous ont appris que le seigle ergoté détermine dans la moelle des altérations comparables à celles du tabès.

Dans le cours de cette épidémie on a eu l'occasion d'observer que le début des accidents était tardif chez les sujets vigoureux, et au contraire précoce, rapide, chez les individus affaiblis. Dans ce dernier cas les accidents revêtaient d'emblée une grande violence, et au bout de très peu de temps survenaient des troubles psychiques. D'abord ils consistaient dans de l'abattement, de la céphalalgie, des vertiges ; puis les vomissements et la diarrhée faisaient leur entrée en scène. La température et le pouls restaient normaux. Bientôt les fourmillements se montraient aux extrémités, préludant aux spasmes, à la contracture des doigts et des orteils, des avant-bras et des jambes ; tout cela simulait assez bien le tétanos intermittent de Dance, la tétanie de Trousseau. Quelquefois les spasmes étaient unilatéraux ; le plus souvent ils occupaient les deux côtés. Ils étaient très douloureux, et ils revenaient par accès durant de quelques minutes à plusieurs jours. Rarement des convulsions cloniques se sont associées à la contracture.

Dans les cas abortifs, les accidents ne duraient pas plus de quinze jours à trois semaines, et se réduisaient aux spasmes tétaniques ; néanmoins la convalescence était longue et les récidives faciles. Chez quelques malades, tout s'était réduit à des fourmillements dans les doigts.

Dans les cas les plus graves, deux ordres de manifestations se sont associés à celles que je viens de passer en revue :

D'une part, des *désordres psychiques*, sous la forme de troubles intellectuels, d'un certain embarras de la parole,

d'accès épileptiformes; j'insiste sur ce qu'on n'a jamais observé de délire des grandeurs.

D'autre part, des *désordres comparables à ceux qu'on observe dans les cas de tabes dorsalis*, à savoir : de la dilatation des pupilles, l'abolition du réflexe rotulien, de l'anesthésie plantaire, de l'analgésie des orteils, qui traduisait une tendance à l'apparition de troubles trophiques et notamment de la chute des ongles ; des phénomènes de paresthésie, des douleurs fulgurantes, des douleurs en ceinture; de l'ataxie statique et motrice ; sans compter de l'exagération des sueurs, des éruptions militaires, des furoncles, de l'urticaire.

Chez les femmes, la menstruation était suspendue, dans les cas graves. Barrier avait également signalé ce fait, dans sa relation de l'épidémie de Lyon en 1854-1855.

En somme, ces manifestations pouvaient être imputées, les unes à des lésions de l'encéphale, ainsi les troubles psychiques, les attaques épileptiformes, les autres à des lésions de la moelle. Il ne s'agit pas là de simples hypothèses. Quelques-uns des malades observés par Tuczek ont succombé. L'examen de leurs moelles a démontré que cette portion des centres nerveux était envahie par des lésions qui offraient, eu égard à leur topographie, une très grande ressemblance avec les lésions du tabès. Elles étaient limitées aux cordons postérieurs et aux colonnes de Clarke. Dans ces dernières elles consistaient dans une atrophie du réseau fibrillaire. Or, pareille lésion se rencontre précisément dans les cas de tabès. Pour ce qui concerne la lésion des cordons postérieurs, elle ne dépassait pas l'aire des faisceaux de Burdach, comme il arrive dans les cas de tabès au début, et sa distribution rappelait assez bien, d'une façon générale, celle qu'on lui trouve

dans les cas de *tabes incipiens*. Les dessins que j'ai fait placer devant vous, pourront vous en convaincre mieux que les descriptions les plus circonstanciées. Par contre, les racines postérieures ont été trouvées intactes, contrairement à ce qui a lieu dans la très grande majorité des cas de tabès.

Eu égard à sa nature intime, le processus était constitué par une hyperplasie et une transformation scléreuse de la névroglie, avec atrophie consécutive des fibrilles nerveuses. Il n'existait nul indice d'une myélite aiguë, nulle trace d'une méningite spinale, d'une affection vasculaire. Bref, le processus paraissait être né sur place, dans l'épaisseur de la moelle; c'était ce qu'on est convenu d'appeler un processus *endogène*. Tuczek, pour sa part, avait conclu que ces lésions spinales déterminées par l'ergotisme ne différaient du processus spinal du tabès que par l'acuité de leur développement. Cette conclusion n'a pas été acceptée par tous les neuropathologistes, et je vous citerai notamment mon collègue, le professeur Raymond, qui n'admet pas cette identification.

Quoi qu'il en soit, les survivants parmi ceux des malades qui avaient fait l'objet des observations de Tuczek ont été revus par ce médecin, six ans plus tard, en 1886. On a pu ainsi acquérir la preuve que certaines manifestations de l'ergotisme, en rapport avec des lésions cérébro-spinales, paraissaient irréparables; telles les convulsions épileptiformes, certains désordres psychiques, la céphalalgie, les vertiges, les troubles vaso moteurs, les sensations de paresthésie, et surtout le signe de Westphal, l'abolition du phénomène du genou, qui dans certains cas subsistait comme seule trace d'une lésion des cordons postérieurs. Toutefois, contrairement à ce qui a lieu dans

les cas de tabes dorsalis, ces manifestations avaient une tendance à s'amender, sinon à guérir, sous l'influence d'un traitement approprié. La progressivité, qui est le caractère par excellence de l'évolution du tabès, leur faisait défaut.

Au sujet des accidents épileptiformes, qui persistaient chez certains malades, ils se présentaient indifféremment sous la forme du petit mal et sous celle des grandes attaques; chez certains malades, ils se compliquaient de folie pré ou post-épileptique.

Chez ceux qui avaient présenté, à leur maximum les symptômes d'affections nerveuses, on n'observa dans aucun cas la perte des réflexes pupillaires, et les troubles urinaires ou génitaux furent extrêmement rares ou, tout au moins, très peu prononcés.

Pour terminer ce qui a trait à l'étude anatomo-pathologique de ces lésions, j'ajouterai cette remarque sur laquelle Tuczek a insisté justement. L'âge des malades variait de 7 à 48 ans, et parmi eux se trouvaient 6 enfants au-dessous de 15 ans : il est donc impossible d'invoquer soit l'artériosclérose, l'alcoolisme, la syphilis, soit d'autres affections de l'âge adulte ou de la vieillesse, pour expliquer ces lésions des cordons postérieurs.

Je dois vous signaler encore que chez les enfants, l'ergotisme a eu pour autre conséquence d'entraver d'une façon très manifeste le développement physique et intellectuel.

Enfin vous pourrez vous faire une idée des ravages faits par l'épidémie qui a donné lieu aux si intéressantes recherches de Tuczek, si j'ajoute que, dans le district de Cassel (cercle de Falkenberg), sur une population de 2,500 habitants, le cinquième a présenté des accidents en rapport avec l'ergotisme. Les animaux domestiques n'ont pas

été épargnés ; en effet, dans le cours de cette épidémie, un grand nombre de poules, nourries avec des grains ergotés, ont péri.

L'action de l'ergot de seigle sur la moelle épinière et les lésions qu'il produit nous intéressent principalement ; il y a là une démonstration pour nous de la loi d'indication hahnemannienne, de la loi de similitude.

Les médecins de la Salpêtrière prescrivent tous le seigle ergoté comme le principal médicament de l'ataxie locomotrice, comme celui qui leur donne les meilleurs résultats ; or les travaux de Tuczek prouvent absolument que le seigle ergoté produit un tabès particulier ; non seulement il en reproduit les symptômes, mais il en reproduit les lésions ; les médecins qui emploient le seigle ergoté dans le tabès font donc de l'homœopathie, sans le savoir ou sans l'avouer.

Dr MARC JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

ACTÆA RACEMOSA OU CIMICIFUGA DANS LE TRAITEMENT DES BOURDONNEMENTS D'OREILLES

Voici encore un de nos médicaments qui fait son entrée dans la pratique allopathique et, comme l'*hamamelis*, l'*hydrastis*, etc., il est importé d'Amérique où les médecins homœopathes et les éclectiques l'emploient journellement.

En France, les médecins homœopathes s'en servent

depuis de longues années, non, il est vrai, dans les bourdonnements d'oreilles. MM. Albert Robin et Mendel ont fait à la Société française d'otologie (*séance du 5 mai* 1898) une communication reproduite dans la *Médecine moderne* (1), intitulée *des bourdonnements d'oreilles et de leur traitement par le Cimicifuga racemosa.*

Voici le passage de cette communication qui a trait aux divers cas traités avec le Cimicifuga.

Nous avons voulu traiter le symptôme bourdonnement : nous avons donc employé le Cimicifuga dans tous les cas où le symptôme se présentait, indépendamment de l'état de l'oreille. Nous avons cependant groupé nos différentes observations d'après l'affection auriculaire que présentait le malade ; cette classification nous semble artificielle, car le symptôme bourdonnement est toujours identique à lui-même ; une seule considération nous paraît importante au point de vue du diagnostic : c'est la date d'apparition des bruits subjectifs, c'est leur ancienneté ; en effet, ce symptôme cédera d'autant plus facilement qu'il sera plus récent ; et les cas où nous n'avons obtenu aucun résultat sont précisément ceux où le bourdonnement remontait à de longues années (cinq ans, dix ans, quarante-huit ans).

Dans nos 9 autres observations, le résultat fut rapide et complet. Nous devons cependant faire une restriction pour deux de ces faits que nous devons exposer brièvement.

Il s'agit d'abord d'un homme de 59 ans, qui souffrait de bourdonnements intenses depuis deux ans : ces bruits violents et continuels coïncidaient avec une sclérose auriculaire classique des deux côtés. Ce malade avait été traité suivant les moyens classiques et n'avait éprouvé aucun

(1) 11 mai 1898.

soulagement à son état. Nous lui prescrivîmes d'abord XV gouttes d'extrait de Cimicifuga par jour sans aucun résultat ; la dose fut alors portée à XXX gouttes. Au bout de deux jours, le malade constata la disparition complète de ses bourdonnements : il cessa l'emploi du médicament, les bruits reparurent ; il reprit les gouttes, les bruits cessèrent de nouveau.

Les bourdonnements cessant, l'audition du malade fut très améliorée, sans autre traitement des oreilles. Malheureusement, ce malade qui menait à cette époque une existence calme, fut obligé d'accepter un emploi très pénible et très fatigant : à la suite de ce changement complet d'existence, son état général devint mauvais, il souffrit de troubles digestifs et les bourdonnements ne tardèrent pas à reparaître, malgré l'emploi du Cimicifuga.

Dans le second de ces faits, le succès de la médication a été à peu près complet, mais au bout d'un temps plus long que d'habitude. Il s'agit d'une malade de 50 ans, qui, à l'époque de la mort de son mari, éprouva une telle émotion qu'elle tomba dans un état de dépression nerveuse très prononcé. Elle fut atteinte à ce moment de bruits subjectifs intenses et continuels ; elle percevait de l'oreille gauche un ronronnement continu, et des deux oreilles des sifflements aigus et des bruits de chaudière. Ces bruits affolaient la malade par leur continuité : elle pensait à se suicider.

L'examen des oreilles nous montra une audition peu diminuée : les tympans présentaient des lésions banales et fort ordinaires à l'âge de la malade (un peu d'enfoncement de la membrane, couleur mate du tympan).

Nous prescrivîmes XV gouttes d'extrait de Cimicifuga par jour, dose que nous avons pris l'habitude de doubler

par la suite ; l'effet du médicament fut long à se produire, ce n'est qu'au bout de cinq mois que les bourdonnements cessèrent. Mais nous avons des raisons de penser que le traitement fut suivi irrégulièrement.

A la suite d'une contusion de l'œil, les sifflements reparurent dans les deux oreilles : le traitement fut repris et amena la cessation des bruits en un mois.

Pour nous, cette observation mérite d'être mise à part ; il s'agit ici de bruits subjectifs d'origine nerveuse et entretenus par une neurasthénie très prononcée. L'oreille elle-même n'y était vraisemblablement pour rien. Cette observation nous montre encore que, si l'action du Cimicifuga est d'ordinaire extrêmement rapide, elle peut, en certains cas, être bien plus lente.

Dans tous nos autres cas, en effet, la cessation des bruits subjectifs eut lieu dès le surlendemain du début du traitement. Nous avons pu encore, dans certains cas où il y avait en même temps congestion intense du tympan, ou de la caisse, constater une décongestion rapide sous l'influence du Cimicifuga. Il en est de même pour ces sensations de lourdeur et de tension du côté correspondant de la tête, dont se plaignent souvent les malades atteints d'otites suppurées.

Nous terminerons cet article en citant une petite expérience que nous nous sommes permise sur une malade qui se plaignait de bourdonnements, dont la cause était un bouchon cérumineux ancien, qui irritait par sa présence et le conduit auditif externe et le tympan; sans toucher au bouchon, nous prescrivions à la malade XXX gouttes par jour de Cimicifuga ; au bout de deux jours, ses bourdonnements avaient cessé. Le bouchon fut enlevé par la suite.

En terminant, nous présenterons les conclusions suivantes :

1° Les bourdonnements d'oreille peuvent être considérés comme la réaction du nerf auditif irrité directement ou par réflexe.

2° Le *Cimicifuga racemosa* possède une action sur la circulation auriculaire et sur l'irritabilité réflexe du nerf auditif. La dose active moyenne est de XXX gouttes d'extrait par jour.

3° Les bourdonnements remontant à plus de deux ans paraissent difficilement influencés par le *Cimicifuga*.

Les homœopathes n'ont pas encore, à notre connaissance toutefois, employé ce médicament dans les bourdonnements d'oreilles, car nous en avons d'autres qui paraissent plus indiqués que lui par leur pathogénésie. Cependant si nous nous reportons à la pathogénésie de Allen, nous trouvons parmi les symptômes produits sur l'homme sain à propos de l'oreille :

« Douleurs dans les oreilles ; bourdonnements dans les oreilles. »

On pourrait donc dire que l'actæa racemosa est indiqué par la loi de similitude dans le traitement des bourdonnements d'oreilles.

Dans leur article, MM. Robin et Mendel ajoutent que le cimicifuga a été employé comme stomachique et tonique cardiaque, dans certains cas de faiblesse du cœur. Il a été employé aussi dans la chorée, la céphalalgie, les névralgies, dans le rhumatisme articulaire, chez les femmes en couches chez lesquelles il paraît exercer une action relâchante sur les fibres musculaires de l'utérus ; comme calmant contre le prurit, comme somnifère et comme diaphorétique.

La plupart de ces indications sont homœopathiques et si on veut se reporter au savant article du Dr Claude (1) sur l'actæa racemosa on pourra y retrouver la plupart de ces indications.

« Les détails pathogénétiques ont fait connaître la *céphalalgie* qui est de son ressort. Le Dr Chargé, dans une excellente monographie sur cette affection, donne les détails suivants : « Utile chez les femmes délicates, nerveuses, hystériques, quand les maux de tête surviennent avant et pendant les règles; plus utile encore toutes les fois que les maux de tête sont sympathiques d'une affection des ovaires, surtout du côté droit. La ménopause est encore un signe d'élection. »

« Du côté de la face, les effets pathogénétiques que nous avons relevés sont vagues et peu nombreux, et indiquent à peine les services que l'actæa peut rendre dans le traitement des prosopalgies. Mais qu'on se rappelle l'action énergique exercée par cette substance sur tout l'appareil nerveux, ses relations avec la *goutte*, et on comprendra pourquoi Bayes la proclame un remède incomparable pour la cure des tics douloureux du visage. Nous avons, grâce à l'actæa, obtenu la guérison d'une *névralgie faciale* datant de six ans et que l'allopathie n'avait pu seulement soulager et qui ne s'est pas départie depuis trois ans.

« La pathogénésie de l'actæa racemosa présente des analogies avec celle du secale cornutum. Les contractions utérines qu'il provoque sont moins continues que celles du seigle ergoté et s'accompagnent souvent de coliques.

---

(1) P. Jousset. *Traité élémentaire de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive.* J.-B. Baillière, 1884, t. 1er, p. 77 et suivantes.

Aussi les médecins homœopathes d'Amérique se servent de l'actæa dans la pratique des *accouchements*, dans le traitement de la *métrite chronique*, de la *leucorrhée* avec *dysménorrhée.* »

Le Dr Claude passe aussi en revue les indications de ce médicament dans la *chorée*, la *goutte*, le *rhumatisme*, les *affections du cœur.*

Quant aux autres indications signalées dans l'article de MM. Robin et Mendel, nous trouvons dans la pathogénésie de Allen que l'actæa produit l'*insomnie*, avec rêves, cauchemars, sommeil troublé de réveils fréquents; les *éruptions prurigineuses.*

Il est donc bien évident que nos confrères, en recommandant ce médicament, ne font que suivre les enseignements des homœopathes et qu'ils font de l'homœopathie comme M. Jourdain faisait de la prose, sans le savoir.

Dr Marc Jousset.

DES LAVEMENTS CHAUDS DANS LA GASTRORRHAGIE

Quand Bretonneau et Trousseau, croyant l'inventer, rééditèrent l'opération de la trachéotomie dans le croup, ce fut pendant quelques années une véritable orgie d'opérations, et Trousseau me disait un jour: *il n'y a point de traitement médical du croup, il n'y a que la trachéotomie.*

Heureusement tout cela s'est calmé aujourd'hui. Comme au temps de van Swieten, la trachéotomie loin d'être la thérapeutique du croup, n'est qu'un moyen d'empêcher l'asphyxie, de prolonger la vie et de donner aux médicaments le temps d'agir. Pour tout dire en un mot, l'opération de la trachéotomie a été subordonné à des indications positives. Elle est maintenant à sa place légitime et

rend de véritables services dans la thérapeutique de la diphtérie.

Nous le disions il y a quelques jours il en sera de même pour l'appendicite. On n'opérera pas tous les cas, comme le veut M. Dieulafoy, mais seulement quand l'intervention chirurgicale sera justifiée.

Voilà maintenant que depuis quelque temps on ne parle de rien moins, que de pratiquer la gastrotomie pour tous les cas d'hématémèse avec ou sans ulcère simple de l'estomac ; et ici, c'est encore M. Dieulafoy qui mène la campagne chirurgicale. Pour ce médecin : « l'intervention chirurgicale est le traitement de choix des hématémèses consécutives à l'*exulceratio simplex*. L'abondance des hématémèses, plus encore que la répétition des hématémèses, est une indication *formelle* de l'opération..... Tout malade qui vomit d'*un seul coup* un demi litre, un litre de sang, surtout si ces hématémèses se répètent une deuxième, une troisième fois en vingt-quatre heures, ce malade là succombera presque fatalement s'il n'est pas opéré à temps ». (*Semaine médicale*, n° 30, année 1898, page 243).

Ce qui justifie dans une certaine école l'intervention chirurgicale dans le traitement des hématémèses graves, c'est l'impuissance reconnue du traitement médical employé par cette école. En effet, quand on n'a pour lutter contre un accident aussi redoutable que les opiacés, la glace intus et extra, l'ergotine et les médicaments qu'on décore du nom d'astringents on marche à des insuccès presque certains.

Si nos confrères de l'école officielle voulaient se donner la peine d'ouvrir nos livres classiques, ils y apprendraient les indications de médicaments tout puissants, pour com-

battre les hémorrhagies gastro-intestinales : l'ipéca, l'acide phosphorique, l'hamamelis et le millefolium doivent être cités en première ligne. Enfin si ces mêmes confrères consentaient à lire nos cliniques, ils y rencontreraient des observations d'hématémèses et de mélœna poussées jusqu'à la syncope et cependant guéries sans intervention chirurgicale, en sorte que nous ne comptons guère d'insuccès que dans les hémorrhagies qui accompagnent la fièvre typhoïde ou le cancer.

Nous avons lu avec un véritable intérêt le travail du professeur Raymond Tripier (de Lyon), publié dans le nº 30 de la *Semaine médicale*. Ce travail étudie les gastrorrhagies dans leurs rapports avec les ulcérations stomachales et leur traitement par *les lavements d'eau chaude*. Nous ne voulons pas discuter incidemment les opinions de l'auteur sur la pathogénie des gastrorrhagies, mais nous désirons attirer l'attention sur la médication qu'il préconise.

L'action de l'eau chaude sur les hémorrhagies est passée dans la pratique courante, et journellement on applique ce moyen au traitement des épistaxis et des métrorrhagies. Dans l'hématémèse et le mélœna, l'eau chaude ne peut être appliquée sur le point malade; mais les médecins qui emploient souvent les grandes injections d'eau chaude dans le traitement des maladies de l'utérus, savent bien que l'action thérapeutique dans ce cas retentit sur l'organisme tout entier.

M. Raymond Tripier attribue l'effet de l'eau chaude dans le traitement de la gastrorrhagie a un effet réflexe ayant son point de départ sur les nerfs de l'intestin et aboutissant à une action vaso constrictive sur l'artère ouverte.

Quoi qu'il en soit de cette explication, l'auteur du mémoire cite plusieurs cas où l'emploi du lavement d'eau chaude à la température de 48° à 50° donné trois fois par jour, a supprimé très rapidement l'hémorrhagie et amené la guérison dans des cas désespérés. On devra continuer les lavements pendant huit jours encore après la cessation de l'hémorrhagie.

M. Lheylls, élève de M. Tripier, a consigné dans sa thèse non seulement des observations de mélœna, symptomatiques d'ulcère de l'estomac, guéris par des lavements d'eau chaude, mais encore un cas fort remarquable d'hémorrhagie intestinale à répétitions au cours d'une fièvre typhoïde. Nous retenons ce nouveau mode de traitement des hémorrhagies gastro-intestinales, nous l'emploierons comme adjuvants de nos médicaments, nous espérons qu'il nous sera utile, surtout dans les cas d'hémorrhagie intestinale liée à la fièvre typhoïde, cas dans lesquels nous comptons quelques insuccès.

Dr P. JOUSSET.

EXTRAIT DE BILE DE BŒUF DANS LE TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE.

Mon ancien collègue et ami, Léon Gautier (de Genève) a fait au Congrès de Montpellier une communication sur ce sujet.

Il s'est bien trouvé, dans un assez grand nombre de cas, de l'extrait de fiel de bœuf pour prévenir le retour des coliques hépatiques. Trois malades en particulier, suivies depuis plus de quatre ans, n'ont pas eu de nouvelles crises.

L'extrait est fait avec de la bile fraîche de bœuf décolorée et stérilisée; 100 grammes de bile donnent environ

10 grammes d'extrait qui est prescrit sous forme de pilules, à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour.

L'usage doit en être prolongé plusieurs mois de suite, puis repris par cures intermittentes de quelques semaines. Le remède n'a jamais donné lieu à des phénomènes d'intolérance. L'action essentielle des sels biliaires ainsi absorbés paraît être de faciliter la dissolution de la cholestérine.

La forme atténuée gastralgique de la colique hépatique est très importante pour le diagnostic précoce de la lithiase biliaire. Beaucoup plus fréquentes que ne le disent les auteurs, ces formes frustes se reconnaissent surtout à l'apparition tardive de la douleur gastralgique, qui ne survient que trois ou quatre heures après le repas. L'usage du fiel de bœuf fait le plus souvent rapidement disparaître ces coliques hépatiques abortives (1).

Ce traitement n'est pas nouveau et il y a déjà près de dix ans que je l'emploie. J'avais lu, dans le *Journal des Praticiens*, un article d'un médecin de Dunkerque, qui le vantait beaucoup. Depuis ce temps, je l'ai administré plusieurs fois et presque toujours avec succès ; je me souviens d'une malade de 45 ans, que j'ai soignée il y a sept à huit ans pour des coliques hépatiques répétées ; cette dame, qui est à la tête d'une œuvre très importante, ne pouvait pas aller faire une saison aux eaux minérales ; je lui fis prendre deux pilules d'extrait de fiel de bœuf de 0,25, une au commencement de chacun des deux principaux repas et lui conseillais en même temps un régime approprié ; après un certain temps, les pilules furent don-

(1) *Médecine moderne*, 30 avril.

nées environ dix jours par mois pendant quelques mois; depuis cette époque, elle n'a jamais eu de coliques.

Une de mes clientes de province m'écrivait, il y a quelques jours, qu'elle n'avait pas eu depuis un an de crises de coliques hépatiques; antérieurement elle avait eu pendant trois ans quatre à cinq crises par an; voici le traitement suivi : l'an dernier, en juillet, petite saison de trois semaines à domicile avec de l'eau de Vittel (Source salée); depuis elle a pris pendant dix jours deux pilules de fiel de bœuf par jour; les dix jours suivants un paquet de calomel (1re trit. déc.) 0,25 chaque jour; les dix jours suivants une cuillerée à dessert de glycérine; depuis elle a continué ainsi tous les mois, en alternant chaque dix jours ces trois traitements et elle n'a pas eu de crise.

Du reste, le Dr Bouloumié, de Vittel, emploie lui aussi le fiel de bœuf chez les hépatiques en l'administrant dans des cachets où il l'associe au salicylate de soude, au benzoate de soude (de chaque 0,25) et 1 centigramme de calomel.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin. — Résection du sympathique cervical dans le traitement du glaucome. — M. PANAS. — Ce traitement préconisé par M. Jonnesco (de Bucharest) s'appuie sur des considérations physiologiques et cliniques.

Pour M. Jonnesco le glaucome dériverait de l'hypersécrétion des liquides intra-oculaires, d'où hypertonie du globe, sous l'influence d'une excitation des vaso-moteurs sympathiques. La résection du cordon cervical du grand sympathique a pour effet de faire baisser la pression intra-oculaire. Il s'ensuit donc que c'est une méthode opératoire antiglaucomative au premier chef. A l'appui de sa thèse, M. Jonnesco relate 7 observations qui lui semblent concluantes.

La théorie hypersécrétoire du glaucome est loin d'être admise de nos jours depuis qu'on a démontré dans le glaucome l'obstruction cicatricielle de l'angle iridien de filtration. On ne comprend plus dès lors quel effet pourrait avoir l'excision du sympathique cervical. Par ailleurs, les 7 observations rapportées par M. Jonnesco sont en nombre trop restreint et sont trop récentes, pour que l'opération proposée puisse être adoptée dans le traitement du glaucome.

Sur un nouveau traitement électrique de certaines affections de la peau et des muqueuses, par le Dr WEIL. —

M. Laborde. — Le patient non isolé, est assis ou couché près de la machine statique munie de ses condensateurs. L'armature externe de l'un des condensateurs est reliée à une fenêtre ; l'armature externe de l'autre condensateur est rattachée au disque à pointe ou à l'électrode à manchon de verre qu'on rapproche ou qu'on met au contact de la partie malade. On fait éclater l'étincelle entre les boules polaires de la machine et selon la tolérance du malade on donne à cette étincelle une longueur de 3 à 10 centimètres. Le Dr Weil a ainsi traité avec succès une dermatite iodoformée, un cas d'acné miliaire, deux d'eczémas, un cas de zona.

Sur la prophylaxie de la tuberculose. — Landouzy. — La tuberculose est parfaitement guérissable ; mais il est encore plus facile et surtout moins onéreux de s'en garer que de s'en guérir.

Le moyen de s'en garer c'est de recueillir les germes et de les détruire.

Les administrations devraient faire, de la désinfection des appartements de tuberculeux, une quasi obligation, comme pour la vaccination et la revaccination.

Il appartient à l'Académie de propager les crachoirs d'ordonnance, de recommander l'emploi des crachoirs montés. Les crachoirs publics de choix sont des crachoirs garnis de liquide antiseptique, accrochés au mur ou montés sur une tige à 1 mètre du sol. C'est ainsi qu'il faut en établir dans les écoles, hôpitaux, théâtres, grands magasins, hôtels, commissariats de police, bureaux de poste. Les crachats ainsi recueillis ne se dessècheront pas et ne contamineront pas l'atmosphère.

Le salut des tuberculeux est au prix d'un diagnostic

hâtif. La bactériologie ne permet que tardivement de faire ce diagnostic. L'auscultation au début ne modifie que fort peu la respiration. Dans ces conditions, le médecin est autorisé pour bien assurer son diagnostic, à se servir prudemment, soit des injections de tuberculine, soit des injections de sérum artificiel.

Séance du 14 juin. — Sur la prophylaxie de la tuberculose. — M. Chauvel. — L'accroissement de la tuberculose dans notre armée depuis 1888 est plus apparent que réel.

On entre tuberculeux dans l'armée beaucoup plus souvent qu'on ne l'y devient.

Pour arriver à diminuer le nombre des tuberculeux dans l'armée M. Chauvel demande :

1° *Aux bureaux de recrutement* : plus de rigueur dans les engagements volontaires, l'exigence d'une aptitude physique entière et non relative pour les sujets ayant moins de 20 ans.

2° *Aux conseils de révision* : plus de sévérité dans les admissions, l'exemption pour les tuberculeux avérés ; l'ajournement pour les sujets débiles ou suspects.

3° La réforme temporaire pour les tuberculeux au 1er degré avant l'expectoration bacillaire et pour les hommes chétifs.

4° La réforme définitive pour les tuberculoses ouvertes.

5° L'application dans les casernes des mesures de prophylaxie (crachoirs, etc.), l'augmentation de la ration alimentaire et l'exécution des prescriptions relatives à la salubrité des casernes : accroissement du volume d'air attribué à chaque homme, réfection et imperméabilisation des parquets, désinfection des locaux et du mobilier, aération continue des chambres ; isolement des infirmeries et des réfectoires.

Séance du 21 *Juin.* — M. BLACHE, présente à l'Académie un modèle de crachoir de poche du Dr Vaquier. Il consiste essentiellement en un récipient de forme cylindriques d'une longueur de 9 centimètres et d'une largeur de 4 centimètres et demi dans son plus grand diamètre.

Il est fermé à sa partie supérieure par un couvercle à charnière muni d'une garniture en caoutchoux.

Le fond du récipient porte un bouchon à vis permettant de le vider. L'embouchure affecte une forme conique allant en se rétrécissant vers le fond du récipient, en sorte que les matières contenues ne peuvent ni se répandre, ni même venir souiller le couvercle. Ce petit appareil est démontable et peut supporter sans inconvénient pendant un temps suffisant la température de l'eau bouillante.

M. MARQUEZ (D'Hyères) propose de ne pas s'en tenir à la désinfection de l'appartement dans lequel un phtisique serait décédé, mais bien d'obtenir qu'elle soit pratiquée sans hésitation, ni résistance, sur avis du médecin, au domicile du malade, quand besoin sera, dans nos villes d'hiver dès la sortie de l'occupant quel que soit son état.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. PAROTIDITE DOUBLEE SURVENU A LA SUITE D'UNE APPLICATION DE TEINTURE D'IODE. — II. GANGRÈNE PULMONAIRE LATENTE CHEZ UN VIEILLARD INANITIÉ. — III. HYDARTHROSE CHRONIQUE DES PETITES ARTICULATIONS D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE. — IV. MÉNINGITES A PNEUMOCOQUES. — V. PÉRIOSTITE GOMMEUSE DU TIBIA ET INJECTION MERCURIELLE. — VI. GLYCOSURIE TRANSITOIRE AYANT SUCCÉDÉ A L'EMPLOI DE LA SOMATOSE CHEZ UNE NOURRICE. — VII. UN CAS DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINIALE ÉPIDÉMIQUE.

I

Séance du 3 juin. — MM. RENON et FALLET viennent d'observer un malade de 51 ans, atteint d'une parotitide double, paraissant causée par l'action toxique de l'iode sur les glandes salivaires.

Voici la marche des accidents : application de teinture d'iode sur la poitrine pour un rhume ; le lendemain, rougeur et œdème de la peau à ce niveau ; le surlendemain augmentation de volume de la parotide gauche, qui devient dure, rouge et douloureuse à la pression ; trois jours après la parotide droite se prenait à son tour.

M. Renon rapproche ce cas de parotidite, qu'il croit sous la dépendance de l'action toxique de l'iode, de ceux qui ont été causés par l'iodure de potassium (Comby, Villars, Balzer, Reynier, Renault et Salmon); il n'a trouvé qu'un seul cas causé par l'iode, c'est une observation de Guelliot, où un gonflement parotidien de peu de durée a été consécutif à une infection de teinture d'iode dans une hydrocèle.

M. Le Gendre, après de très fortes doses de teinture d'iode, administrées dans des cas de rhumatisme chronique, a observé des douleurs très vives dans la région parotidienne.

II

M. Rendu a eu dans son service à l'hôpital Necker un vieillard de 73 ans, amené dans la plus complète inanition; au bout de quinze jours il paraissait mieux, lorsqu'il eut un peu de fièvre et du purpura; puis une pleurésie droite, dont la ponction donna un liquide citrin et inodore; affaiblissement du malade qui mourut quelques jours après.

L'autopsie révèle dans la plèvre droite une pleurésie non putride dans une première cavité; dans une seconde, placée en arrière, caillot altéré et mélangé de pus, exhalant une odeur putride et correspondant à un foyer de gangrène pulmonaire circonscrit gros comme une noix; bronchopneumonies disséminées à droite et à gauche; endocardite infectieuse.

Les symptômes observés pendant la vie n'avaient pas pu mettre sur la voie d'un semblable lésion.

III

Séance du 10 juin. — Dans une séance antérieure, MM. Galliard et Bériard ont présenté une malade atteinte d'hydarthrose chronique des articulations phalango-phalangiennes. M. Milliau présente à son tour une malade chez laquelle on observe, simultanément, l'hydarthrose des petites articulations de la main, une synovite chronique avec épanchement des gaines des extenseurs et des abducteurs du pouce de la main droite; il y a aussi une légère hydarthrose des genoux.

Ces accidents, qui ont débutés il y a deux ans, sont survenus en même temps qu'un écoulement qui dure encore et qui contient des gonocoques. Il est tout naturel de mettre ces hydarthroses sur le compte de la blennorrhagie.

M. GAILLARD pense qu'il y aurait lieu d'étudier ces cas avec soin pour établir en quoi ils diffèrent du rhumatisme noueux et de la goutte.

M. L. GUINON a vu deux fois chez des enfants le rhumatisme chronique être précédé d'hydarthrose des petites articulations.

IV

M. SEVESTRE a observé un enfant de 13 ans et demi qui fut pris d'accidents pleuro-pulmonaires à début brusque, suivis quelque temps après de phénomènes méningitiques : vomissements, raideur de la nuque, gémissements, raie méningitique, agitation, pouls ralenti et irrégulier.

Ces symptômes allèrent en s'aggravant et et s'accompagnèrent successivement d'aphasie, de paralysie du membre inférieur droit, de convulsions d'abord localisées à droite, puis généralisées.

Après quelques jours d'un état alarmant, tout rentra dans l'ordre et la guérison a été complète. Dans ces conditions, M. Sevestre ne peut pas affirmer la nature pneumococcique de cette méningite, mais il est très porté à affirmer ce diagnostic, à cause du début par des accidents pleuro-pulmonaire et à cause de la guérison.

M. NETTER partage sur ce point l'opinion de M. Sevestre, Quant à la curabilité de ces méningites, elle s'explique par ce fait que l'inflammation des méninges ne va pas fatalemant jusqu'à la suppuration,

L'épidémie de méningite cérébro-spinale qu'il a signalée dans une séance précédente existe toujours et il en a observé vingt cas.

V

Séance du 17 *juin.* — M. Jacquet présente un malade qui a la face antérieure des deux tibias déformée et bosselée. C'est le reliquat d'une véritable éclosion de gommes périostiques typiques, c'est-à-dire de nodosités du volume d'une noisette, dures à leur périphérie, d'une résistance élastique au centre.

Survenues, voici deux mois, chez cet homme, atteint d'un chancre en 1894, elles ont résisté, sans la moindre atténuation, à quinze jours de frictions mercurielles et d'iodure de potassium à la dose quotidienne de 5 à 8 gr., pour céder, en quelques jours, à deux injections de calomel. Dès le lendemain de la première injection, faite à la dose de 5 centigrammes, il y a eu sédation manifeste des douleurs très-vives jusque-là.

Aujourd'hui, tout est rentré dans l'ordre, sauf l'hyperostose que vous pouvez constater encore.

Il est très intéressant de voir cette affection syphilitique guérir si rapidement par les injections de calomel, après avoir résisté à un traitement mixte très intensif.

Ce fait me rappelle deux cas : dans le premier il s'agissait d'une jeune femme qui quelques mois à peine après son chancre, malgré un traitement mercuriel suffisamment actif, fut prise de troubles oculaires, puis d'une parésie du bras gauche; ces troubles graves, extrêmement précoces, indiquaient une syphilis de forme grave; les injections de sublimé amenèrent une guérison très rapide des accidents, et la syphilis a depuis évolué d'une manière

assez bénigne. Le second cas a été soumis à mon observation cette année, il s'agissait d'une femme d'une cinquantaine d'années, qui avait une syphilis datant de quelques mois, et qui présentait des douleurs ostéocopes nocturnes très douloureuses, malgré le traitement classique; elle fut atteinte en outre d'un iritis syphilitique; devant ces accidents menaçants, j'instituai un traitement par des injections avec une solution de cyanure de mercure; et les accidents oculaires s'amendèrent très rapidement. Il semblerait donc bien établi que lorsqu'on a besoin d'agir vite ou lorsque l'on se trouve en face d'accidents rebelles aux traitements ordinaires, les injections mercurielles sous-cutanées sont indiquées.

VI

Depuis deux ans on emploie couramment, en Allemagne, des préparations d'albumose et surtout de la somatose; l'action de cette dernière sur les glandes mammaires pendant la lactation paraît principalement remarquable.

En 1896, Drews (1) dit en avoir obtenu des résultats surprenants; dans un nouveau travail (2), il admet que « la somatose exerce une action spécifique directe sur les glandes mammaires des femmes qui allaitent ». Si, à la suite d'émotions, de céphalalgies, de douleurs dans la poitrine ou dans le dos, la sécrétion lactée diminue ou me-

(1) R. Drews. Ueber den Einfluss der Somatose auf die Sekretion der Brustdrüsen bei stillenden Frauen. *Centr. für innere Medicin*, 9 juin 1896.

(2) R. Drews. Weitere Erfahrungen über den Einfluss der Somatose auf die Sekretion der Brustdrüsen bei stillenden Frauen. *Centr. für innere Medicin.*, 22 janv. 1898.

nace de se suspendre, la somatose la rétablit infailliblement.

Avec beaucoup d'autres auteurs, Joachim (1) a confirmé les résultats de Drews; il a vu, comme ce dernier, la somatose produire une telle modification de la sécrétion lactée, qu'une femme de trente-sept ans, qui n'avait pas assez de lait pour nourrir son enfant, eut, au bout de quatorze jours, une poussée laiteuse « si abondante qu'elle aurait pu allaiter encore un second nourrisson ». Seulement Joachim interprète d'une façon différente les résultats obtenus par Drews : il ne croit pas à « une action spécifique sur la glande mammaire de la femme », mais à un effet sur l'état général suivi d'une amélioration de l'appétit. Quand l'état général n'est pas bien modifié par la somatose, on ne constate aucune action sur la glande mammaire; ces réserves faites, on doit admettre que la somatose exerce une très heureuse influence sur la sécrétion lactée.

M. Renon était donc bien autorisé à employer cette médication chez une de ces clientes, nourrice très insuffisante, qui avait d'abord nourri, avec l'aide du biberon, mais dont le lait avait tellement diminué qu'elle ne pouvait plus allaiter son enfant.

Le 19 avril, les urines ne contenant ni sucre, ni albunium; on donne la somatose à la dose d'une cuillerée à café matin et soir.

Le 22 avril, la dame était transformée, le lait était

(1) G. Joachim. Ein Beitrag zur Frage des Somatosewirkung auf die Brustdrüsen stillender Frauen. *Centr. für innere Medicin.*, 12 mars 1898.

revenu en quantité et l'enfant avait augmenté de 40 grammes par jour.

Un mois après, le 21 mai, la somatose avait été continuée; pendant les quinze premiers jours tout s'était merveilleusement bien passé. L'abondance du lait était si grande que la mère avait pu nourrir seule son enfant, sans l'adjonction du lait de vache; l'augmentation de poids s'était maintenue entre 30 et 35 grammes par jour. Depuis les quinze derniers jours, le lait est aussi abondant, mais l'enfant marque quelque répugnance pour l'alimentation maternelle; il prend tout d'abord avidement le sein, puis s'arrête au bout de deux à trois minutes, et il faut s'y prendre à plusieurs fois pour achever la tétée. « Il semble, dit la mère, que mon lait n'est plus bon, qu'il contient comme une substance irritante ou caustique qui brûle la bouche et la gorge de l'enfant ». Surprise d'avoir une fatigue excessive au moindre effort, malgré un excellent appétit, et une soif un peu trop vive, elle a l'idée de faire examiner ses urines, et me montre une analyse qui contient : *sucre*, 3 *grammes par litre*; albumine, néant; densité, 1018.

M. Renon fit sevrer l'enfant; supprima la somatose et six jours après le sucre avait disparu des urines.

M. Le Gendre fait remarquer que la glycosurie est très fréquente chez les nourrices d'une façon intermittente et qu'il aurait fallu plusieurs analyses d'urines avant et pendant la somatose, pour pouvoir affirmer que la glycosurie était sous la dépendance de cette dernière.

VII

M. Florand a observé dernièrement un cas de ménin-

gite cérébro-spinale épidémique qui nous allons résumer rapidement.

Jeune fille de 13 ans, mal en train depuis quelques semaines, se plaint dans la journée du 29 mai de douleurs de tête et d'estomac et se couche un instant.

Dans la nuit du lundi au mardi (du 30 au 31 mai) elle est reprise subitement de céphalalgie violente avec vomissements et ne se lève plus à partir de ce moment.

La céphalalgie a persisté violente pendant toute la durée de la maladie. Les vomissements ont cessé le dimanche suivant (5 juin).

Le Dr Knopf voit la malade pour la première fois le 4 juin.

Il la trouve dans un état de somnolence très accentué. Elle est dans le décubitus dorsal. Elle répond, mais avec peine, aux questions et se plaint surtout de maux de tête et de douleurs d'estomac avec vomissements. Etat saburral de la langue. Constipation. Pouls fréquent, régulier. Température rectale, 39°. Pas de photophobie. Rien d'anormal du côté des pupilles. Rien de particulier du côté du rhytme respiratoire.

Dès le lendemain 6 juin, on constate une raideur très accentuée de la nuque et du tronc.

Le 7 juin, demi-somnolence; la tête est renversée en arrière, il est impossible de la redresser et les mouvements qu'on lui imprime sont très douloureux. La douleur de la tête s'étend à la nuque et au dos; aucun phénomène de paralysie; pupilles dilatées, égales, ne réagissant pas à la lumière.

Les jours suivants, la somnolence augmente; le neuvième jour, paralysie du côté droit, marquée surtout au bras.

L'état va en s'aggravant, la somnolence est remplacée par le coma, la paralysie devient plus complète et la mort survient le 10 juin.

Le Dr Netter a pratiqué le jour de la mort la ponction lombaire; le liquide fourni était moins limpide que le liquide céphalo-rachidien normal; les tubes de bouillon ensemencés donnent naissance au bout de trente-six heures à un développement appréciable de méningocoques.

A propos de cette observation, M. Netter fait remarquer qu'il a observé 32 cas de méningite cérébro-spinale épidémique; quelques-uns se sont terminées par la guérison.

L'épidémie actuelle présente un chiffre notable de cas abortifs et de formes frustes dont la connaissance offre un réel intérêt et dont il se propose de faire bientôt une étude spéciale.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

Psorinum.

D'après William Young, de Buffalo, les malades auxquels convient Psorinum sont des personnes qui manquent d'espoir, et ont de la dépression mentale; elles sont incapables de se guérir, disent-elles, et cela les rend irritables. Elles ont une grande faim mais pas d'appétit, souvent mal à la tête en même temps que la faim et une émaciation rapide. Les selles non douloureuses sont noires,

liquides, d'une odeur infecte, pires la nuit et le matin de bonne heure. Eruptions variées à la peau, ordinairement d'apparence herpétiques et mal développées; les démangeaisons sont fortes surtout la nuit au lit, elles sont suivies de brûlures qui rendent le malade irritable et de mauvaise humeur. Il y a ordinairement une grande débilité, des sueurs abondantes et faciles au moindre exercice et pendant la nuit. Tout le corps répand une odeur désagréable que les lavages ne font pas disparaître. Ces malades semblent sales, jaunes, huileux, ils ont généralement de l'aggravation par les temps orageux et la nuit et ont de l'amélioration par le repos et dans un lieu fermé. (*Medical Century.*)

Les Médicaments de la mélancolie.

Voici les symptômes mentaux des douze principaux remèdes employés par Spencer Kinney dans le traitement de la mélancolie.

Ignatia. — Dépression, appréhension, anxiété, humeur changeante ; on croit souvent avoir commis un grand crime ; inconséquences, irrésolution ; on est taciturne. Le mal de tête caractéristique d'Ignatia est la sensation d'un clou enfoncé sur un côté de la tête avec améloration en se couchant sur le côté douloureux.

Arsenicum.— Agitation nerveuse avec grande soif soulagée en buvant de temps en temps de petites quantités d'eau; violente tendance au suicide pour échapper à ses souffrances; on trouve toujours à redire, on est capricieux et on se met facilement en colère; grande peur et angoisses. Les symptômes de la tête sont ceux de l'anémie avec amélioration des symptômes au dehors.

Calcarea carbonica. — Les symptômes mentaux sont

ceux d'une grande anxiété; il y a des palpitations de cœur, de la dépression, manque d'entrain au travail, appréhension d'un malheur menaçant, crainte de perdre la raison et qu'on s'en aperçoive; frissonnement sans cause et augmentation de l'appréhension vers le soir.

Belladonna. — Rage, colère, disposition à mordre ou à frapper, à cracher sur ceux qui vous environnent, à mettre tout en pièces; violent délire, éclats de rire, grincement des dents, passage facile de la gaîté à la fureur, désir constant de sortir du lit, perte de conscience absolue, hallucinations de la vue; soit de la répugnance à parler, soit un parler rapide; violents battements artériels, aggravation par le bruit ou le mouvement.

Cimifuga. — Vertige, dilatation pupillaire et les symptômes mentaux de Belladone, mais moins marqués; état irritable de l'esprit avec appréhension nerveuse.

Digitalis. — Les symptômes cardiaques sont prédominants, bien qu'il y ait une grande anxiété, de l'appréhension, de la lenteur de la pensée et de la faiblesse de mémoire.

Lilium tigrinum. — Les symptômes mentaux sont ceux de la dépression de l'esprit, inclination à pleurer, timidité et appréhension; tourmenté de son salut, on est toujours pressé comme si les devoirs étaient impérieux et qu'on fût complètement incapable de les remplir.

Lycopodium. — Dépression, avec grande anxiété qui semble avoir son point de départ au creux de l'estomac; on est irritable, véhément, porté à la colère, timide; la mémoire est faible, les idées confuses; on emploie des gros mots; il y a un mal de tête stupéfiant, pire de 4 heures à 8 heures, avec le vertige le matin en se levant et après et si fort que le malade chancelle en avant et en arrière.

Mercurius vivus. — Faiblesse de mémoire, grande anxiété, agitation et appréhension surtout le soir et le matin ; on répond aux questions avec lenteur. Sensation de plénitude dans la tête qui semble être sanglée avec une corde.

Nux vomica. — Au point de vue mental, le malade est querelleur, de mauvaise humeur et entêté; grande sensibilité aux impressions extérieures, le malade ne peut pas supporter le bruit, la lumière vive, ni les odeurs ; sensibilité morbide, hypochondriaque, pire après les repas et le matin ; on semble aller mieux aux approches de la nuit, mal de tête lourd qui lui donne des vertiges comme après s'être enivré. Les symptômes de la tête sont améliorés par le séjour dans une chambre chaude tranquillement assis ou couché.

Acidum phosphoricum. — Grande faiblesse de la mémoire, apathie, incapacité apparente de penser, aversion pour la conversation s'accompagnant de l'émission de grandes quantités d'urine pâle.

Acidum picricum.— Grande indifférence pour quoi que ce soit ; perte de la volonté, aversion pour le travail mental ou physique, prostration après avoir essayé de faire un effort mental. (*Medical Century.*)

THÉRAPEUTIQUE DE L'OXALURIE.

Les mesures qu'il faut prendre pour le traitement de l'oxalurie sont les suivantes d'après Clifford Mitchell :

1° Prohibition des fruits et des articles de nourriture qui sont généralement riches en acide oxalique et des sucreries ;

2° Usage de l'eau distillée comme boisson ;

3° Usage de compresses d'eau froide sur le ventre la nuit pour soulager le catarrhe abdominal.

4° Vie au grand air autant que possible dans un climat sec, par conséquent nécessité d'aller passer ses vacances dans les plaines ou les montagnes et non pas au bord de la mer ni près d'un cours d'eau ;

5° Administration des remèdes.

Parmi les quelques remèdes qui semblent exercer quelque action sur cet état se trouvent l'acide oxalique, l'acide nitro-muriatique et la lysidine. Il faut donner l'acide oxalique en atténuation dans les cas où nous trouvons des urines acides avec sédiment d'acide urique et d'oxalate de chaux ; douleurs brûlantes en urinant et douleurs dans la région des reins. Sans doute, il faut que les autres symptômes caractéristiques soient présents puisque ces symptômes urinaires seuls sont souvent soulagés par d'autres remèdes.

L'acide nitro-muriatique est utile chez les jeunes gens qui ont de l'oxalurie et des symptômes nerveux et on le regarde presque comme un spécifique dans les cas en apparence au début. Il faut l'employer fraîchement préparé à la dose de V ou VI gouttes de l'acide ordinaire dilué trois fois par jour. La lysidine est un remède qui promet beaucoup pour l'oxalurie, c'est une substance moderne de caractère complexe, l'éthylène éthényle diamine, qui se présente sous la forme de cristaux d'un rouge vif. On dit qu'elle est inoffensive, ne trouble ni la digestion ni la circulation et non irritante pour les reins. On l'emploie en solution à 50 p. 100 à la dose de X gouttes dans de l'eau trois fois par jour. (*The Hahnemannian Monthly*).

Traitement de l'ophtalmie phlycténulaire.

Le Dr Syle, de Philadelphie, recommande les médicaments suivants pour combattre cette affection :

Calcarea carb.— Utile chez les enfants gros et mous qui ont une grosse tête et un gros ventre, la peau terne, qui transpirent de la tête et chez qui on observe des éruptions à la peau et des engorgements ganglionnaires. Il donne de bons résultats surtout si la maladie s'est développée après exposition à l'humidité.

Arsenium iod. — Bon dans les ulcérations superficielles avec phothopobie intense,écoulement abondant de larmes qui causent de la brûlure et de l'excoriation des paupières et des ailes du nez. La conjonctive est très enflammée et il y a du chémosis. En général le malade est très anémié, il souffre d'une grande agitation et de beaucoup de soif.

Aurum metal.— Convient dans le traitement de l'ophtalmie scrofuleuse avec ulcération et vascularisation de la cornée, photophobie, larmoiement, irritabilité et sensibilitité au bruit et surtout à la lumière avec parfois de violentes douleurs.

Graphites. — C'est un des meilleurs remèdes dans la kératite et la conjonctivite qu'elle soit aiguë ou chronique. Comme règle, il y a de la blépharite, les bords des paupières sont recouverts de croûtes, la commissure externe est fendillée et saigne facilement, enfin les sécrétions oculaires sont claires et excoriantes comme celles du nez.

Mercurius corr. — Il est prescrit par les deux écoles et c'est le remède le plus utile quand les phyctènes sont crevées et forment des ulcères de la cornée. Plus l'inflammation et les douleurs sont intenses plus il est indiqué. Des sécrétions déterminant une excoriation générale et des douleurs aggravées la nuit et par temps humide l'indiquent particulièrement.

Hepar sulph. — Utile dans l'inflammation pustuleuse

après que l'ulcération s'est établie. Les douleurs sont très violentes, ce sont des battements, des piqûres, la chaleur les améliore. Les paupières sont rouges, un peu chémosées et très sensibles au toucher. Il est indiqué surtout chez les enfants qui ont des clous et des éruptions à la peau.

Pulsatilla. — Convient aux enfants doux qui pleurent facilement, l'écoulement oculaire et nasal n'est pas irritant, parfois il en est de même pour celui des oreilles. Les applications froides et le grand air soulagent. Il est plus utile dans la variété conjonctivale.

Sulphur. — Sa sphère d'action est très grande. Il convient surtout aux cas chroniques avec aggravation caractéristique d'une heure à trois heures du matin. La douleur est généralement aiguë, il a le caractère d'élancements avec sensation d'une esquille dans l'œil et en même temps des brûlures et des démangeaisons. Les paupières sont collées le matin et on trouve généralement une éruption autour des yeux et sur le corps. Les symptômes sont aggravés au grand air et par les lavages.

Rhus tox. — Utile dans la variété rhumatismale avec ulcération superficielle de la cornée. Photophobie et larmoiement intenses sont des caractéristiques de ce médicament. La paupière supérieure est ordinairement œdémateuse, l'enfant est agité et les symptômes sont pires la nuit et par le temps humide. Il est aussi très utile dans l'ophtalmie scrofuleuse.

Chininum ars.— Il est demandé quand on a affaire à un cas de malaria.

Comme médicament externe, il emploie le bromhydrate de scopolamine de préférence au traditionnel sulfate d'atropine (*The Hahnemannian Monthly*).

Naphtaline dans la coqueluche.

Le Dr Weaver loue les bons effets de naphtaline dans la coqueluche. Les indications sont : accès d'une extrême longueur, sensation de constriction de la poitrine qui s'oppose à l'inspiration ou impossibilité de compléter l'expiration. Grande dyspnée soulagée par de violents mouvements. On se trouve mieux au grand air ; la poitrine et le ventre sont très sensibles, on est obligé de relâcher ses vêtements.

Au point de vue clinique, ce médicament s'est montré très remarquable dans la coqueluche, les toux spasmodiques, l'asthme, la fièvre des foins et l'emphysème pulmonaire. (*The Hahnemannian monthly.*)

Différenciation entre Mezereum et Mercurius vivus.

D'après Hanchett, le caractère des éruptions de la peau est un des meilleurs éléments distinctifs de ces deux médicaments. Les éruptions mercurielles sont généralement plates et de coloration cuivrée sombre, tandis que celles de Mezereum ressemblent plutôt à des vésicules qui ont une tête et deviennent facilement blanches au sommet. On remarque quelquefois une couleur cuivrée à la base en forme d'un petit cercle. Quand la vésicule se rompt, elle laisse simplement une croûte peu épaisse qui disparaît sans laisser à sa place de coloration cuivrée sombre. La disposition d'esprit n'est pas l'humeur noire et morose de Mercurius. Une autre caractéristique est que le malade de Mercurius peut suer abondamment sans être soulagé par la transpiration, tandis que le malade de Mezereum retire généralement du soulagement d'une bonne transpiration. La sueur de Mezereum n'est pas visqueuse comme l'est généralement celle de Mercurius. D'ailleurs les éruptions

que le mercure produit à la peau sont généralement un effet secondaire, tandis que celles de Mezereum sont un effet primitif. Mezereum peut être classé parmi les remèdes de la peau. Il cause une démangeaison et une irritation intense de la peau et il irrite les organes génito-urinaires plus que ne le fait la cantharide. Mercurius a une action semblable, mais le suintement acre du mercure semble provenir d'une ulcération profonde de la surface muqueuse et non pas de l'inflammation générale ou diffuse à laquelle convient mieux Mezereum. (*Medical Era.*)

Traitement de la paralysie post-diphtéritique.

Le Dr Smith, de Chicago, insiste d'abord sur la nécessité d'alimenter soigneusement le malade. Il a la plus grande confiance dans l'emploi de l'iodure d'arsenic comme préventif et comme tonique. Parmi les agents curatifs, Gelsemium occupe le premier rang et partage sa popularité avec Argentum nitricum. Le premier a plus de valeur si les symptômes sensitifs font défaut et si la paralysie commence par les yeux. Conium mac. est analogue à Gelsemium et doit être consulté quand les troubles moteurs gagnent de bas en haut et qu'ils ne s'accompagnent pas de troubles sensitifs. Si la paralysie a succédé à un surmenage ou à une exposition à un temps humide, il faut prescrire Rhus tox.

En présence d'un cœur qui faiblit par suite d'un empoisonnement agissant sur le système nerveux, Acid. cyanhydricum est le plus souvent indiqué; on peut avoir besoin également d'Ammonium carb., de Glonoïne, Nitrite d'amyle, Strychnine et Strophantus En même temps, il faut avoir avoir recours aux boissons chaudes et aux cru-

chons chauds. L'inhalation d'oxygène peut aussi rendre des services.

Un remède composé spécial à l'écrivain est le phosphure d'hydrastis qu'il emploie dans les cas de dépression végétative ou nutritive sous la dépendance d'une sorte de paralysie trophique. D'ailleurs Chininum Ars. a presque autant de valeur. Dans les cas qui ne se développent pas chez les sujets d'une bonne constitution, Zincum picr. a donné de bons résultats. (*Medical Era.*)

AMMONIUM CARB. DANS L'URÉMIE

Mifflin de Baltimore, guidé par cette hypothèse du professeur Frerichs, que l'urémie est due au carbonate d'ammoniaque produit par la décomposition de l'urée dans le sang propose l'emploi de ce médicament quand les symptômes l'indiquent. Dans sa pathogénésie il trouve : oublis, absence d'esprit, confusion et stupeur dans la tête; sombre et déprimé avec vertige fréquents; maux de tête; douleurs déchirantes dans la tête avec nausées et vomissements; obscurcissement de la vue, yeux injectés avec éruptions et indurations; manque d'appétit, soif continuelle, nausées, vomissements et aigreurs; douleurs sécantes dans la vessie avec violente pression et miction fréquente; l'urine contient un sédiment sableux et blanchâtre; respiration courte après un exercice, palpitations fréquentes avec pouls dur et tendu; somnolence excessive. Ceci est un tableau frappant de l'urémie. L'auteur a essayé ce remède dans quatre cas qui présentaient ces symptômes et dans tous avec bénéfices; toutefois, il n'obtint pas d'effet permanent sur la lésion rénale. (*American Medical Monthly.*)

Anacardium dans la neurasthénie.

Halbert, de Chicago, considère Anacardium comme le meilleur remède dans les cas où l'incapacité mentale est prononcée. Il est surtout indiqué quand la dépression nerveuse provient de fatigue cérébrale, de surmenage de l'esprit. Il ne faut donc jamais le dédaigner dans la neurasthénie. Il représente le milieu entre la folie et la mélancolie. La compression ou sensation du poids est due sans doute à un affaiblissement excessif dans certaines zones où les cellules nerveuses ont été surmenées et par là même épuisées. La neurasthénie générale est le résultat de ces irritations locales et de la déplétion constante des fibres protoplasmiques de l'écorce. (*The Clinique.*)

Selenium dans l'impuissance.

Pour Halbert, Selenium est un des remèdes les plus utiles dans cette malheureuse affection dont on ne se tracasse généralement pas assez. Il semble avoir plus d'effet sur la phase mentale de la maladie que sur l'incontinence de la moelle elle-même. En un sens, il est applicable quand la perte de confiance est un des facteurs de la maladie. En d'autres termes, ce médicament rend service quand l'état est dû à un commencement de perte de contrôle du cerveau sur les centres inférieurs de la moelle. Aussi les excès sont-ils d'abord possibles par suite du manque du cerveau à les modérer jusqu'à ce que la débilité prononcée soit manifeste. Plus tard, la débilité devient plus marquée, parce que les cellules nerveuses sont tellement épuisées qu'elles ne peuvent plus donner de direction motrice à la moelle. On voit donc que les principales caractéristiques ont trait avant tout à l'état men-

tal. Le malade présente d'abord de l'oubli pour ses affaires, l'esprit est encore assez actif quand on pense au plaisir seul, mais dès que l'attention se dirige vers les occupations journalières l'esprit devient indolent et on ne peut plus compter sur lui. Les facultés mentales sont, au contraire, excessivement actives la nuit et le malade souffre d'insomnie. Tous les symptômes sont aggravés par le sommeil. A mesure que l'impuissance augmente, l'obscurcissement de l'esprit s'accroît, jusqu'à ce qu'il y ait une indifférence générale et de l'insensibilité pour tout ce qui entoure. La timidité, si commune à ces sortes de cas, ne s'observe pas; l'état est plutôt celui d'une incapacité mentale que celui de la timidité, bégaiement et articulation imparfaite sont les symptômes importants. Il y a de la constipation et les urines s'écoulent goutte à goutte. La cause en est due à la même inhabilité motrice cerveau a commander à la moelle. Ces malades se complaisent dans des idées libidineuses que leur déchéance physique ne leur permet pas de satisfaire et il n'est pas étonnant que cette classe de sujets viennent augmenter la population des asiles d'aliénés.

Pour finir, le professeur Halbert rapporte l'histoire d'un cas où l'administration persévérante de Selenium amena un retour presque complet de la santé. (*The Clinique.*)

FRAGMENTA.

Sous ce titre, le Dr Middleton rapporte quelques emplois des médicaments suivants :

ABSINTHIUM.

A souvent amené plus ou moins de sommeil dans la fièvre typhoïde lorsque l'insomnie était un symptôme important et menaçant dû probablement à l'épuisement

nerveux et à l'hyperhémie cérébrale. Absinthium s'est montré utile également pour apaiser l'excitation et l'insomnie des enfants quand les autres médicaments ne sont pas indiqués où qu'ils ont échoué.

ANTIPYRINE.

Il y a déjà longtemps que quelqu'un a conseillé dans *Bœriche's Recorder* l'emploi de ce médicament à la 6X trituration dans les températures élevées et d'apparence dangereuse et qu'il a établi qu'une diminution de la chaleur s'en suivait à coup sûr. Entre mes mains ce résultat a toujours suivi son emploi dans tous les cas ou je m'en suis servi. Je n'ai jamais employé l'antipyrine à dose massive et rarement à la puissance ci-dessus à laquelle on peut difficilement prétendre qu'elle puisse faire du mal; au contraire le malade en retirait du bénéfice.

CUPRUM ARS.

Le Dr Goodno prise fort ce médicament dans la maladie de Bright quand il y a des convulsions urémiques et diminution de l'urée excrétée.

Cuprum ars. a bien agi dans quelques-uns de mes cas surtout lorsqu'il y avait des maux de tête avant l'apparition des convulsions. Depuis que j'emploie ce remède, je n'ai pas eu de cas de convulsions.

BERBERIS VULG.

A souvent soulagé les douleurs de reins lorsqu'il n'est pas toujours facile d'affirmer si elles sont dues à de la congestion sénile ou à quelque douleur musculaire.

BORAX.

Hahnemann dit dans ses « Maladies chroniques » que

Borax est bien connu pour avoir la propriété de faciliter la conception. L'auteur pense en avoir eu la preuve dans un cas. Il essaya d'instituer une série d'expériences sur des vaches en le leur administrant dans une nourriture préparée *ad hoc*, mais, comme l'intéressé ne le fit pas régulièrement, le projet fut abandonné.

Calcarea iod.

S'est montré un excellent remède dans l'engorgement des glandes du cou chez les sujets strumeux.

Cannabis indica.

Est souvent très utile dans la colique néphrétique. Il a aussi guéri une toux incessante avec expulsion de grandes quantités de mucus écumeux.

Cannabis sativa.

Soulage le désir d'uriner soudain et presque irrésistible dans certains cas, et surtout dans la blennorrhagie.

Capsicum.

Le mal de gorge qui demande Capsicum est très rouge avec beaucoup d'infiltration, un chatouillement incessant en haut du larynx et de l'enrouement.

Acidum carbolicum.

Est un excellent remède pour une forme d'indigestion, accompagnée d'éructations avec ou sans poids à l'épigastre. Il est aussi très utile pour neutraliser le poison scarlatineux, mais il ne semble pas rendre autant de services dans la diphtérie. Employé largement à la 1X dil. dans de l'eau. Acid. carbol. guérira la petite vérole c'est-à-dire

qu'il fait sortir l'éruption et qu'il prévient la formation des pustules et de la fièvre secondaire.

ERIGERON CON.

S'est montré d'une grande valeur dans mes mains pour les hémorrhagies de toutes sortes, de la bouche, de l'utérus avec sang vif et abondant; je l'emploie à la teinture-mère.

ERYNGIUM AQUAT.

En teinture de V à XX gouttes toutes les quatre ou huit heures a guéri beaucoup de cas de gonorrhée dans ma clientèle.

GELSEMIUM.

Il serait impossible d'énumérer toutes les indications de Gelsemium. Je désire attirer l'attention sur le grand bien qu'il peut faire dans l'insomnie quand il y a une grande activité de l'esprit; les pensées passent d'un sujet à un autre. Il y a circulation trop grande du sang dans le cerveau pour permettre au sommeil de s'établir.

GNAPHALIUM.

A guéri la sciatique quand les violentes douleurs s'accompagnent d'engourdissement du membre.

GRATIOLE.

Guérira les diarrhées avec des symptômes qui se rapprochent beaucoup de ceux de Croton-tigl., mais quand ce remède aura échoué ou quand la douleur de Croton est absente mais qu'il y a tous les autres symptômes.

BROMHYDRATE D'HYOSCIAMINE.

Ce médicament est très employé dans la vieille école pour combattre l'insomnie des aliénés. C'est un poison puis-

sant. Il ne m'a jamais donné beaucoup de satisfaction dans l'insomnie. Il faut l'employer avec beaucoup de précaution. La 3e trit. déc. a été bien utile pour l'excitation nerveuse et pour un état avoisinant la paralysie agitante après des excès d'alcool, de tabac, etc. Chez les enfants très excitables, nerveux, qui ont souvent des peurs, il a rendu des services. Je l'ai employé en dilutions beaucoup plus élevées que la 3e.

Iodium.

Guérira beaucoup plus de cas de laryngite et de croup que n'importe quel autre médicament en l'employant à la 1re dil. déc. et à intervalles rapprochés quand le cas est grave. Indications : sensibilité, enrouement, toux sèche et aboyante, difficulté de respirer, peu ou point d'expectoration. Il agit aussi bien sur tous les enfants quel que soit leur tempérament.

Kali chlor.

Kali chlor., d'après Schüssler, a prouvé sa grande valeur dans les engorgements ganglionnaires chez les sujets strumeux même après la scarlatine.

Macrotin.

Le principe actif de Cimicifuga racem., fait disparaître les maux de tête congestifs de la base du cerveau quand il a en même temps congestion utérine et peut-être aussi quelques symptômes de rhumatisme, de la 1re à la 3e trit. déc.

Mercurius bin. iod.

Je crois que pour obtenir les meilleurs résultats de ce médicament dans la diphtérie il est souvent nécessaire, quand il est indiqué, de le donner à forte dose. L'auteur

emploie la 2e trit. déc. et trouve qu'il est souvent nécessaire d'employer jusqu'à 5 grains fréquemment répétés.

Rhus rad.

Rhus rad. guérira certaines formes de maux de tête, de la base surtout, quand les douleurs s'irradient vers le côté gauche de la tête et de la face. S'il y a en outre du rhumatisme musculaire, Rhus rad. sera encore plus indiqué. 6e déc.

Taraxacum.

Taraxacum a guéri la gastralgie quand le défaut d'activité du foie est un des facteurs. Dans les cas de jaunisse avec démangeaison intense, sécheresse de la de la peau, obstruction partielle des conduits biliaires et congestion hépatique, c'est un de mes remèdes favoris.

Terebenthina.

Térébenthina à la dose de V gouttes dans de la cassonade a sauvé plus d'une existence dans des cas d'hémorrhagie intestinale chez des typhiques de ma clientèle. Sang noir, grumeux et de mauvaise odeur, ulcération non douteuse qui menace de perforer, une dose après chaque hémorrhagie. Hémorrhagie rénale dans la maladie de Bright post-scarlatineux. Il s'est montré également très utile dans quelques cas de blennorrhagie chronique (*Transactions Pa. Homœopathic Médical Society*).

Dr G. Nimier.

REVUE DES JOURNAUX

OCCLUSION INTESTINALE PAR LOMBRICS.

Le D[r] Rocheblave (de Valence) rapporte une observation très intéressante d'une occlusion intestinale paraissant devoir amener la mort, causée par des ascarides lombricoïdes, qui bouchaient le côlon transverse : la laporotomie suivie du massage intra abdominal de l'intestin a donné une guérison rapide ; il est intéressant de constater que les ascarides puissent produire des accidents si graves.

Voici les principaux passages de l'observation :

Le D[r] Rocheblave est appelé en aout dernier par le D[r] Ferlin auprès d'un petit malade de neuf ans souffrant depuis quatre jours d'accidents graves d'occlusion intestinale, ayant résisté au calomel et à l'huile de ricin ; l'opium ne pouvait arrêter ni les coliques ni les vomissements.

Le faciès est grippé, le nez effilé et refroidi, les yeux excavés et cernés. L'absence des selles persiste, les vomissements sont incessants et légèrement verdâtres. Le pouls est petit, misérable au delà de 130, la respiration est difficile. Pas de fièvre, collapsus, adynamie.

Le ventre météorisé, excessivement douloureux ; les anses intestinales apparaissent sous la peau. La sonorité est générale sauf au-dessus de l'ombilic où la percussion délimite, correspondant au côlon transverse, une zone de matité de 12 à 15 centimètres de largeur sur 4 à 5 de hauteur. La palpation profonde, très difficile car la paroi

se défend, permet toutefois, sinon de saisir, du moins de sentir une tumeur répondant à la zone de matité.

Dans ces conditions on se décide à pratiquer le plus promptement possible la laparotomie.

Anesthésie au chloroforme, désinfection rigoureuse de la paroi abdominale, incision sur la ligne médiane, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. L'estomac puis le côlon sont amenés en dehors et nous pouvons constater que la tumeur décélée par l'examen est uniquement constituée par des matières fécales refluant vers le cæcum; nous trouvons ensuite sur le côlon transverse, à l'union du tiers gauche avec les deux tiers droits, l'obstacle seule cause de l'obstruction. C'estun véritable bouchon donnant à la main qui le palpe la sensation d'un amas de grosse ficelle. A travers les tuniques de l'intestin nous arrivons à le dérouler et le reconnaissons formé par trois lombrics entortillés, enchevêtrés, pelotonnés. Pour les isoler nous pratiquons de véritables mouvements de massage essayant de les faire ainsi progresser vers l'S iliaque aussi loin que possible. Nous arrivons aisément à les dérouler, à les séparer, à les refouler. L'intestin est alors réduit et le ventre refermé par trois plans de sutures. Durée totale de l'intervention, pansement compris : trente minutes.

Quatre heures après l'opération l'enfant, entièrement réveillée, accuse un bien-être complet, les douleurs ont disparu, de même aussi les vomissements. Spontanément une débâcle se produit. Un lavement d'eau bouillie favorise alors l'expulsion de selles abondantes. L'enfant demande à boire et tolère bien les boissons froides. Dans les selles, on retrouva les trois ascarides, cause des accidents.

La guérison complète fut rapide et la cicatrisation par première intention (*Gazette des hôpitaux*, 18 juin).

L'EXTRAIT FLUIDE DE FLEURS DE COTONNIER DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES UTÉRINES.

M. le Dr Prochownik (de Hambourg) avait, dès 1884, recommandé l'extrait fluide de fleurs de cotonnier (*gossypium herbaceum*) comme un moyen pour exciter les contractions utérines et pour arrêter les hémorrhagies dues aux fibromyomes de l'utérus; mais le médicament qu'il préconisait fut vite oublié. Or, M. le Dr Mironov, privat-docent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Kharkov, a pu se convaincre récemment que l'extrait fluide de cotonnier, tout en ne paraissant exercer aucune action manifeste sur l'utérus gravide ou puerpéral est cependant susceptible d'enrayer rapidement les métrorrhagies, liées aux lésions inflammatoires du péritoine pelvien et des annexes. Pour obtenir cet effet, il faut avoir soin de prescrire ce médicament à la dose de 3 à 6 cuillerées à dessert par jour.

L'extrait fluide de cotonnier amenderait également les hémorrhagies dues aux fibromyomes de l'utérus, mais seulement dans les cas compliqués d'un processus inflammatoire du côté du péritoine pelvien ou des annexes. Il faut alors l'administrer chaque jour à la dose de 3 à 4 cuillerées à dessert pendant les périodes cataméniales et à celle de 3 à 4 cuillerées à café dans les intervalles des règles.

(*Semaine médicale*, 12 juin).

EMPLOI DE L'ORTHOFORME POUR ATTÉNUER LES EFFETS DOULOUREUX DES APPLICATIONS D'ACIDE ARSENIEUX DANS LE CANCER ÉPITHÉLIAL.

Les badigeonnages d'acide arsenieux en solution hydro-

alcoolique, qui ont été préconisés dernièrement dans le traitement des cancers épithéliaux, sont assez douloureux. Le Dr Badal, de Bordeaux, a pensé que l'orthoforme, dont on connaît l'action analgésiante, pourrait diminuer les douleurs de ces applications et il en obtenu un bon effet. Voici les deux solutions qu'il emploie :

Orthoforme . . . . Acide arsenieux. .	ãã 1 gramme.
Alcool éthylique. . Eau.	ãã 75 grammes.

Solution faible.

Orthoforme . . . . Acide arsenieux. .	ãã 1 gramme.
Alcool éthylique. . Eau.	ãã 40 grammes.

Solution forte.

(*Semaine médicale*, 13 avril.)

TRAITEMENT DES OXYURES VERMICULAIRES PAR LA TEINTURE DE MARRONS D'INDE.

Le Dr Bertrand (de Brienne) publie la note suivante :

Les oxyures vermiculaires, dit-il, sont extrêmement difficiles à déloger de leurs repaires où ils ne se livrent à leurs ébats que pendant la nuit, au grand préjudice du patient; les plus hardis s'aventurent à quitter les replis protecteurs pour explorer en indiscrets des régions qui ne sont plus de leur domaine.

Un de mes clients était atteint de petits bourrelets hémorroïdaux avec démangeaisons atroces pendant la nuit, lui ôtant tout sommeil.

Je voulus essayer la teinture de marrons d'Inde contre

les hémorroïdes. Pour cela, je récoltai quelques-uns de ces fruits au moment de la germination, je les fis sécher, et, après pulvérisation, je les traitai par lixiviation avec de l'alcool à 60°, de façon à obtenir une teinture très concentrée, d'une couleur jaune citron, d'une consistance un peu huileuse, d'une saveur âcre.

Dix gouttes sont données matin et soir dans un peu d'eau; la nuit suivante fut tranquille et le lendemain une multitude d'oxyures étaient expulsés dans une selle; la teinture fut continuée deux jours et depuis tout prurit a disparu.

(*La médecine moderne*, 1er juin.)

TRAITEMENT DE LA PUSTULE MALIGNE PAR DES APPLICATIONS DE BICARBONATE DE SOUDE.

M. Camescasse dit avoir obtenu, dans deux cas de pustule maligne, une guérison très rapide en maintenant appliquées sur la tumeur, après l'avoir incisée et badigeonnée à la teinture d'iode, des compresses imbibées d'une solution contenant 20 grammes de bicarbonate de soude pour 1 litre d'eau tiède.

Cette solution avait déjà été employée avec succès par M. Guéorguiévsky dans le traitement des phlegmons, des panaris, et en général de toutes les plaies purulentes.

(*Semaine médicale*, 4 juin.)

VARIÉTÉS

—

L'ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN

7e LISTE DE SOUSCRIPTION

(Souscriptions reçues au secrétariat du Comité).

	Francs.
Mme Durkee, à Paris	100 »
M. Feo Hermanos, à Valencia, Venezuela. . .	40 »
Dr J. H. Closson, germantown. Pa. (Etats-Unis) 3 dollars	
Dunham medical-Club of Hartford (États-Unis) 6 dollars	
Allumnea Association of the New-York, med. college and hospital for women 12 dollars .	
D° F. H. Orme. Atlanta.(États-Unis) 2 dollars.	
Total de la somme perçue	116 30
Pharmacie homœopathique Piotruzinski, à Paris (2e versement de la souscription publique)	30 »
M. Georges Weber, pharmacien homœopathe, à Paris	50 »

Souscriptions promises ou annoncées dans les Journaux homœopathiques.

Annales homœopathiques, publiées à Paris.

Dr Dubois (de Saujon).	10 »
M. Bernay, pharmacien homœopathe à Lyon .	20 »
A reporter.	366 30

Report.	366	30
M. Trichon, pharmacien homœopathe, à Paris.	30	»
Mme Trichon, à Saint-Germain.	5	»
Mlles Trichon, à Marseille.	10	»
MM. Lecoq, à Paris, M. S. à Toulouse, Mlle L. à Paris.	5	»

Monthly homœopathic Review, de Londres.

(Liste du mois de juin 1898.)

	Livres.	Shellings.		
Dr Georges Clifton.	1	1		
Dr Arthur Clifton.	1	1		
Dr Hayward	1	1		
Hahnemann Epps. Esq.	1	1		
Dr Mahendra Lal. Sircar.	0	10		
Dr Dudgeon	1	0		
Lady Claird	1	1		
Dr Stonham	1	1		
Dr Hughes.	1			
Dr Edwin Neatby.	1	1		
	9	18	247	50

Revista homeopathica, de Barcelone.

(2e liste du no de mai 1898).

	Pesetas.		
Dr José Ricart, de Barcelona.	25		
Dr Raimundo Comet, »	5		
Dr Antonio Hernandez, de Madrid	5		
Dr José Gorostizaga, »	25		
Dr Ricardo San José, »	10		
Sr D. José Rius, de Manresa	10		
	80	80	»

Le change sera compté dans les frais généraux.

Total.	743 80
(125 francs doivent être déduits de cette somme : 1° dans la 5e liste de souscription, nous avons annoncé la cotisation de 200 fr. de M. le Dr Bushrod James, elle est de 100 francs; 2° dans la 6e liste, il y a 25 fr. de trop dans l'addition) donc à déduire . .	125 »
	618 80
Listes précédentes. . . .	7.613 75
Total.	8.232 55

INVENTAIRE DU 15 JUIN 1898

Sur les 8.232 fr. 55, annoncés dans la Revue, 6.531 fr. 30 ont été encaissés au secrétariat du comité 18, rue Vignon, à Paris; le total des souscriptions promises ou annoncées dans les journaux homœopathiques s'élève à 1.701 fr. 25.

Les frais de la cérémonie du 24 mai 1898, exhumation de Hahnemann et son transfert au Père-Lachaise, ont été de 691 fr. 50, ainsi répartis : Commissaire de police, 20 francs; corbillard et voitures 104 francs; somme réclamée par le cimetière Montmartre 72 fr. 25; fossoyeurs 5 francs; somme réclamée par le cimetière du Père-Lachaise 70 fr. 25; note du marbrier de Montmartre 220 francs; note du marbrier du Père-Lachaise 200 fr.

La ville de Paris nous a fait l'échange des trois mètres de la sépulture Hahnemann à Montmartre pour trois mètres au Père-Lachaise, mais le terrain du Père-Lachaise est de 3 mètres 33 centimètres; ces 33 centimètres ont été payés à la ville 522 francs. — Si l'on ajoute les frais généraux du secrétariat jusqu'à ce jour, qui sont de 155 fr. 90, nous aurons un total de 1.369 fr. 40 de dé-

penses, ce qui fait donc une somme de 6.863 fr. 15, partie acquise, partie promise pour le monument funéraire de Hahnemann, au 15 juin 1898.

Nous ne saurions trop insister sur la courte durée du temps de la souscription ; il faudra des mois pour construire le monument, six mois au minimum, douze mois au maximum. Avant cette époque, le comité sera obligé de discuter le plan du monument, de choisir et d'arrêter un entrepreneur, ce qui prendra du temps. Or nous ne nous engagerons à exécuter le tombeau qu'avec les sommes perçues; le temps est donc fort court pour réunir l'argent, et nous prions ardemment tous ceux qui désirent concourir à l'œuvre de réhabilition de la tombe du glorieux Hahnemann, de nous aider dans nos efforts en ne faisant pas attendre trop longtemps leurs cotisations.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52. rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

AOUT 1898

MATIÈRE MÉDICALE

ACTION DE L'ÉMÉTIQUE SUR LES ORGANISMES SAINS

Travail du laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques.

L'*émétique* (tartrate double d'antimoine et de potasse) est un des médicaments les plus employés en thérapeutique. Les renseignements cliniques et les expériences de laboratoire concernant ce médicament sont extrêmement nombreux, mais, comme ils sont contradictoires, nous avons institué à l'hôpital Saint-Jacques des expériences ayant pour but d'éclairer les points encore obscurs de l'histoire de l'émétique. Les recherches histologiques pratiquées par l'un de nous (M. Lefas) constituent un grand progrès sur les travaux de nos prédécesseurs et nous ont permis de préciser les lésions déterminées par l'émétique sur *le poumon, le foie, le rein et l'estomac.*

Les animaux en expérience ont été le lapin et le cobaye; l'émétique a été administrée par la voie hypodermique. à doses croissantes, en commençant par un milligramme. Ces doses ont été graduées de manière à produire tantôt une mort rapide en quelques heures, tantôt une mort lente en plusieurs semaines, et nous avons pu, par cette méthode, obtenir, sinon toutes, au moins la plupart des lésions que peut produire le *tartre stibié.*

Rappelons en quelques mots les principaux traits de la la pharmacodynamie du tartre stibié.

Chez l'homme, à doses moyennes, 5 à 10 centigrammes, l'émétique produit les effet vomitifs et purgatifs bien connus. Ces évacuations s'accompagnent de malaise considérable, avec prostration des forces musculaires, refroidissement, accélération du pouls et de la respiration.

Quand les vomissements ont cessé, il se produit une réaction, le malaise disparaît, la chaleur revient ainsi que les forces.

La respiration d'abord accélérée et régulière au commencement de la réaction se ralentit dans son effet secondaire et présente tous les caractères de la dyspnée asthmatique : expiration longue et plaintive (Nothnagel, pages 196). *A doses toxiques*, dans l'empoisonnement aigu, le tartre stibié produit des symptômes très analogues au *choléra*. Les vomissements bilieux se répètent 10,15 et 20 fois par heure ainsi que les évacuations alvines ; la soif est excessive ; puis on voit se dérouler les symptômes suivants : crampes fréquentes dans les membres, prostration croissante, teint livide, sueurs froides, ralentissement de la circulation et de la respiration, suppression des urines, asphyxie et mort.

Dans quelques cas, avec des doses énormes, le collapsus et la mort se sont produits sans aucune évacuation, preuve d'une action directe et énergique du tartre stibié sur les forces vitales.

Le tartre stibié du reste est un vrai poison du cœur sur lequel il agit directement. Chez les animaux à sang froid, sous l'influence de 5 centigrammes de tartre stibié, augmentation de la force et du nombre des mouvements cardiaques, pendant cinq minutes suivie des symptômes de paralysie

cardiaque. Chez les animaux à sang chaud, le nombre des pulsations augmente d'une façon très passagère, puis les contractions du cœur diminuent de fréquence et de force, deviennent irrégulières et le cœur finit par s'arrêter en diastole. La pression sanguine est très diminuée.

Action du tartre stibié à très petites doses continuées longtemps.

Nous avons eu la bonne fortune de trouver en dehors de notre école une expérience très bien faite par les docteurs Meierhofer et Nobiling (Nothnagel et Rossbach, page 192). « Voici le tableau des symptômes notés sur eux-mêmes par Meierhofer et Mobiling, qui prirent tous les jours pendant un certain temps de petites doses de tartre stibié. Ils commencèrent par 0,001 et s'élevèrent progressivement à 0,01 : humeur difficile, pesanteur de tête, abattement dans les membres, sensation de tiraillement et de déchirure dans les articulations, frissons, sécrétion d'une plus grande quantité de salive, langue pateuse, soif avec sentiment intérieur de chaleur, afflux de sang vers la tête, somnolence, sommeil avec rêves pénibles ; pouls fréquent, irrégulier ; vertiges ; éblouissements ; face pâle, abattue ; yeux enfoncés, entourés d'un cercle bleu ; accumulation de mucus dans le pharynx, difficulté à avaler.

L'usage du tartre stibié étant continué, voici ce qui fut observé : diminution de l'appétit, sensation de pression à l'épigastre, douleurs intestinales vives se renouvelant fréquemment, nausées, anxiété, baillements fréquents, dyspnée, sentiment d'angoisse extrêmement pénible dans la poitrine et au cœur ; abdomen tendu, douloureux à la pression ; selles plus fréquentes, demi-liquides ou, au

contraire, constipation ; sensation de froid sur toute la la surface de la peau, augmentation de l'excrétion urinaire, non dépendante du tartre stibié mais simplement due à la plus grande quantité d'eau ingérée ; battements du cœur de plus en plus faibles et lents ; soulèvement thoracique, répondant à la pointe du cœur, plus étendu, mais moins intense qu'à l'état normal ; visage défait ; prostration générale ; amaigrissement.

La dose de 0 gr. 01 ayant été atteinte, les observateurs continuèrent leur expérience avec cette dose, et virent alors les phénomènes s'aggraver : éructations, efforts de vomissement, selles fréquentes, liquides, muqueuses, bilieuses; étendue plus grande de la matité hépatique, douleur dans la région du foie ; coliques ; tranchées persistantes ; démangeaisons à la peau; augmentation de l'excrétion du mucus; sensation de stase dans la petite circulation.

Voyant de l'albumine apparaître dans ses urines, Nobiling interrompit l'expérience ; Meierhofer constata aussi le même fait. L'expérience avait duré quatorze jours et, pendant ce temps, le poids du corps avait diminué de 3 k. 1/2. L'appétit ne commença à revenir que trois jours après l'interruption de l'usage du poison, mais ce ne fut qu'au bout de deux mois que les phénomènes toxiques disparurent totalement. »

Lésions. — Les auteurs ne sont point d'accord sur les lésions déterminées sur les animaux par l'émétique. Cette divergence tient d'une part à la différence des doses employées pour produire l'empoisonnement chez les animaux et aussi à l'absence de l'examen histologique. Après la mort des animaux à sang chaud par l'empoison-

nement rapide, tous les auteurs sont d'accord pour constater la paralysie du cœur. La mort arrive en diastole, les ventricules et les oreillettes étant gorgés de sang liquide ou coagulé. Dans un cas où la marche de l'empoisonnement avait été plus lente, chez un cobaye, j'ai trouvé le cœur petit, flasque ; les cavités étaient vides et cependant le ventricule gauche n'était pas revenu sur lui-même comme dans la mort en systole. Le muscle semblait paralysé. Comme le phosphore et l'arsenic, l'antimoine dans les empoisonnements lents donne lieu à la dégénérescence graisseuse, principalement du foie et du muscle cardiaque.

D'après Magendie qui avait employé l'émétique en injection veineuse, le poumon des animaux en expérience était hépatisé par places et splénisé sur d'autres ; Pécholier signale dans ses expériences la congestion du poumon, en particulier dans les 3e, 8e et 10e expériences. Dans la 11e expérience, il signale aussi plusieurs noyaux durs, non aérés, non crépitants et qui se précipitent promptement au fond de l'eau.

Ces lésions pulmonaires ont été constatées dans les cas où la dose de tartre stibié avait été considérable.

On a opposé à ces expériences celles plus récentes d'Ackermann. Cet auteur aurait empoisonné vingt chiens avec l'émétique et il n'aurait jamais observé de lésions pulmonaires.

Les expériences rapportées dans notre travail montreront que dans les cas où les animaux ont été tués par des doses moyennes les poumons *paraissaient* sains; mais l'examen histologique a permis de constater dans ces organes les signes certains d'une inflammation broncho-pulmonaire. Les expériences d'Ackermann ne sont donc négatives qu'en apparence.

La plupart des expériences mentionnent la congestion de l'intestin et de l'estomac. La membrane muqueuse, l'estomac, dans les expériences de Pécholier, auraient été injectés surtout au niveau des grands culs-de-sac.

Expériences sur l'Emétique.

PREMIER LAPIN. — Un lapin d'une taille ordinaire, ayant la température normale variable de 39° à 39°5 et respirant 140 fois par minute, fut soumis à l'action de l'émétique en injections sous-cutanées. Les 11, 12, 13, 14, 15, 16 et 17 avril, il reçut une injection contenant un milligramme d'émétique. Pendant ce temps-là, la température s'est tenue généralement entre 39°2 et 39°5. La respiration s'est réduite d'une manière absolue au-dessous de 100 respirations par minute au lieu de 140. En général, après la nuit, avant l'injection, la respiration variait de 96 à 99 et quand l'animal était sous l'influence de l'émétique, quelques heures après, la respiration tombait à 80, 74 et même 64.

Les 18, 19 et 20 avril, le lapin reçut deux milligrammes au lieu d un. Dès le second jour, la température tomba à 38°; le 20 avril à 37° et le 21, jour de la mort, à 36°, le *onzième jour* de l'empoisonnement; quant à la respiration, elle a subi une décroissance analogue 60, 44 le matin, 50 et 40 le soir, et même 30 après la dernière injection.

Ce lapin est donc mort dans le collapsus avec diminution de la respiration tombée de 140, état normal, à 30 le jour de la mort.

Autopsie. — Le cœur en diastole rempli de caillots noirs et consistants, le poumon exsangue et rose. Reins et foie congestionnés. L'estomac plein d'aliments présentait sur

sa muqueuse 5 à 6 petites ulcérations rondes, de couleur noire.

Examen histologique. — *Estomac.* — La muqueuse a subi en partie au niveau des capillaires interglandulaires la dégénérescence amyloïde au voisinage des ulcérations qui sont de véritables petits ulcères hémorrhagiques typiques (1).

Rein. — Les tubes droits ainsi que les tubes d'union sont sains, mais renferment des détritus cellulaires. Les vaisseaux sont dilatés d'une façon générale, mais il n'existe pas de sclérose.

Les capillaires des glomérules sont très dilatés avec petites hémorrhagies dans le bouquet glomérulaire. Les cellules de revêtement de la capsule de Bowmann sont en voie de dégénération et des détritus granuleux sont visibles dans son espace semi-lunaire.

Les cellules des tubes contournés, volumineuses, en dégénérescence granulo-graisseuse, leur partie centrale abrasée sous forme de détritus granuleux tombés dans la lumière du tube. Les noyaux cellulaires se colorent facilement.

Foie. — La vésicule biliaire et les canaux biliaires ne sont pas altérés.

Autour des veines sus-hépatiques, les cellules ne se colorent plus. La méthode de Küssmaul met en évidence dans ces cellules et les capillaires radiés la réaction de la dégénérescence amyloïde, ces capillaires sont en ce même point hypérémiés. Les espaces porto-biliaires sont sains,

(1) Pour les détails sur les lésions ulcéreuses gastriques provoquées chez ces animaux, voir : P. Jousset et Lefas : *Ulcérat. expérim. de l'estomac*, Soc. anat., 27 mai et 10 juin 1898.

mais les vésicules-portes dilatées, sans réaction de l'amyloïde.

Sang. — Dans les vaisseaux de divers organes, leucocytes très abondants.

LAPIN n° 2. — Ce deuxième lapin a été soumis au même traitement que le n° 1 et a présenté de la diarrhée le premier jour. Sa température pendant les dix premiers jours s'est maintenue à l'état normal, puis ensuite elle est descendue au-dessous de 39°, à 38°2;

La respiration a diminué comme dans la première expérience et est tombée à 60 et 50.

Ce lapin, soit que sa constitution ait été plus vigoureuse et plus résistante à l'émétique, soit que la préparation dont nous nous servions se soit affaiblie en vieillissant, au lieu de mourir le onzième jour, comme le n° 1, s'est maintenu en assez bon état. Quinze jours après le début de l'expérience, sa température s'est relevée au-dessus de 39° et même une fois à 40°; en même temps que la respiration remontait à 96 et 100. A ce moment, nous avons pris une nouvelle préparation et nous avons injecté à ce lapin 2, puis 4 milligrammes par jour. La respiration et la température ont diminué graduellement et le lapin est mort dans le collapsus à 35°8, vingt-cinq jours après le commencement de l'expérience et quatre jours après l'emploi des doses fortes.

La mort de ce lapin a été accompagnée de convulsions et de cris d'angoisse.

Autopsie. — Le cœur en diastole, plein de sang liquide et noirâtre; les viscères sans lésions macroscopiques sauf l'estomac qui, débarrassé des aliments qui le distendaient, présenta, au niveau du cul-de-sac pylorique, un ulcère

ovalaire mesurant 8 millimètres sur 5 millimètres environ ; le fond de cet ulcère semblait reposer sur le péritoine qui, à ce niveau, était vascularisé mais sans adhérences.

Examen histologique. — *Estomac.* — L'ulcère réalise le type de l'ulcère hémorrhagique arrivé à un stade déjà avancé; cependant le fond de l'ulcère ne repose pas sur le péritoine mais sur la partie la plus profonde de la sous-muqueuse nécrosée à ce niveau et renfermant, principalement à la périphérie du fond de l'ulcère, de gros foyers hémorrhagiques. Il existe également des hémorrhagies sur les bords de l'ulcère entre la muscularis mucosa et le fond des glandes : ces dernières sont saines mais les capillaires interglandulaires sont très hyperémiés. Peu de dégénérescence amyloïde.

La sous-muqueuse renferme des ilots embryonnaires et des traînées au voisinage des vaisseaux. Un seul vaisseau veineux a été thrombosé et cela en plein tissu nécrosique du fond de l'ulcère.

Sur les bords de l'ulcère, la muscularis mucosa est coupée comme à l'emporte-pièce.

La couche musculaire et péritonéale, non hypertrophiée, ne présente pas de lésions appréciables.

Intestin. — Normal sur les coupes.

Rein. — Congestion très accusée des veines capillaires et glomérules. Quelques petits thrombus embryonnaires dans quelques veinules. Artères saines et vides.

Glomérulite accusée. Cellules des tubuli contorti fusionnées par leurs bords, noyaux colorables, mais enfouis dans un protoplasma en état de tuméfaction trouble avec granulations fines graisseuses; abrasion de la partie centrale de ces cellules et détritus granuleux dans la lumière du tube.

Foie. — Congestion des veines et capillaires surtout au voisinage des espaces portes; certaines veinules de ces espaces sont thrombosées. Les veines sus-hépatiques sont dilatées en partie avec ou sans thrombus. Les canaux biliaires sont sains, à épithélium intact; ils semblent plus nombreux (?) qu'à l'état normal.

Début de sclérose jeune embryonnaire dans les espaces porto-biliaires.

Nombreux petits amas embryonnaires atteignant la grosseur réelle d'un grain de mil, véritables abcès non abcédés, situés, au niveau des capillaires radiés, en plein lobule; autour d'eux, zone de cellules hépatiques granuleuses et troubles.

Les autres cellules hépatiques, un peu bouleversées et légèrement granuleuses.

Poumons. — Congestion modérée. Peu de veinules thrombosées. Gaine lymphatique périartérielle distendue.

Le maximum des lésions est bronchique; épithélium des bronches non desquamé mais, en certains points, remplacé par de petits bourgeons embryonnaires. Nombreux détritus dans la lumière mêlés à des leucocytes. Dans certaines bronches sous la membrane basale de la muqueuse sont de petits îlots embryonnaires; de pareils îlots se voient mais plus rares, en plein tissu pulmonaire; les cellules des alvéoles présentent peu de lésions, mais le tissu alvéolaire est le siège d'une infiltration lymphoïde diffuse et légère.

Sang. — Leucocytose dans les vaisseaux des divers viscères.

Nous avons institué sur des cobayes des expériences avec l'émétique et nous les avons traités par des doses ré-

pétées et intenses afin de pouvoir étudier les lésions par intoxication aiguë parallèlement aux lésions par intoxication chronique chez le lapin.

Cobaye n° 1. — Ce cobaye a reçu une injection d'un milligramme d'émétique le 14 mai.

Cet animal a été extrêmement sensible à l'émétique, sa température s'est abaissée tout-à-fait au début de l'empoisonnement. Une heure après, elle était à 38°5. Trois heures plustard elle s'élevait à 39°8. Dès le soir, elle commençait à descendre 39°2.

Le 15, à la première heure, la température était à 39°1; à une heure à 38°6. A cinq heures du soir le colapsus était complet, la température était à 36°2, et le cobaye mourait 36 heures après l'injection.

La lésion principale était une congestion de deux poumons, le rein était congestionné, la membrane muqueuse de l'estomac rouge; le cœur en diastole et contenant des caillots.

Examen histologique. — *Intestin.* — Paraît normal sur les coupes.

Rein. — Hyperémie généralisée atteignant les glomérules, très nette.

Leucocytose dans le sang des veines, certains leucocytes avec figures de karyokinèse.

Multiplication des noyaux dans les tuniques vasculaires.

Dégénérescence granulo-graisseuse des cellules des tubes contournés surtout dans leur portion centrale; leurs noyaux conservés inégalement, par tube de 2 à 4 cellules, les ont perdus et ne se revèlent plus que par un petit amas granuleux attenant encore à la membrane basale. Fusion

des contours cellulaires. Lumière des tubes remplie de débris. Débris également dans les tubes droits avec même noyaux libres.

Pas de foyers hémorrhagiques interstitiels.

Endothélium glomérulaire paraît altéré.

Capsule surrénale. — Hyperémie surtout dans la substance médullaire. Cellules bien nettes sauf quelques-unes fusionnées et en voie de désagrégation.

Cobaye n° 2. — Voici encore un cas plus rapide d'empoisonnement par l'émétique. Ce cobaye qui depuis plus de trois mois cohabitait avec des cobayes tuberculeux et était resté indemne reçut un milligramme d'émétique en injection le 17 mai au matin. A 11 heures et demie, sa température était de 39°5. Le soir collapsus complet, chute de la température à 35°5 et mort dix heures après l'injection.

Autopsie. — Comme chez le précédent la lésion principale est la congestion de la base du poumon qui présente à la coupe une rougeur uniforme. Les morceaux congestionnés mis dans l'eau surnagent. Le péritoine contient un peu de liquide sanguinolent. Les reins sont congestionnés, la rate est très petite et ne présente pas le bacille de Koch, ce qui démontre qu'il n'y a pas eu de contagion chez le cobaye par sa cohabitation avec d'autres cobayes tuberculeux.

Nous arrivons maintenant à une série d'animaux qui ont été beaucoup plus résistants.

Cobaye n° 3. — Cet animal qui avait été inoculé avec une culture pure de tuberculose sur pommes de terre, culture certainement mauvaise, non virulente et qui n'a déterminé aucun symptôme pendant trois mois chez

huit cobayes inoculés, a été traité par des injections d'urines stérilisées empruntées à un phtisique arrivé à la cachexie. La santé était parfaite et il avait augmenté de 90 grammes de poids. Ce cobaye reçut le 26 juin un miligramme d'émétique. De même le 27 ; le 28 il reçut deux milligrammes. Le 29 et le 30, il en reçut 4 chaque jour en 2 fois. La température ne fut modifiée qu'après cette forte injection. Elle s'abaissa d'abord à 38° pour se relever à 40°. Elle s'abaissa le lendemain à 38° et le cobaye mourut le septième jour des injections.

Autopsie. — Les poumons étaient fortement congestionnés ainsi que les reins. Le cœur était vide et flasque.

Cobaye n° 4. — Ce cobaye était dans les mêmes conditions que le précédent. Il reçut en injection jusqu'à 8 milligrammes d'émétique. Il mourut le huitième jour ; la veille, il eut une ascension à 40° et il mourut dans le colapsus à 37°.

Autopsie. — Le cœur était petit et vide. Le poumon était très noir et congestionné, le rein très gros, rien à l'estomac.

En résumé, les cobayes tués rapidement par fortes doses d'émétique ont présenté comme lésions principales une forte congestion des poumons.

Examen histologique. — Dans les cas de mort rapide les *poumons* congestionnés ont montré l'absence de lésions de l'endartère ou de l'endoveine ainsi que l'absence de coagulations intra-vasculaires. Mais il existait autour des vaisseaux gorgés de sang une couronne embryonnaire. Des amas embryonnaires arrondis les plus gros, ayant subi un début d'abcédation, se voyaient également dans le parenchyme, non loin des vaisseaux le plus souvent,

bien plus rarement près des bronches. Ces dernières montraient un état catarrhal accusé de leur ampoule avec desquamation endothéliale complète.

Dans le reste du poumon, légère infiltration embryonnaire diffuse avec début de dégénérescence des cellules alvéolaires.

Conclusions. — Le tartre stibié à doses toxiques a amené chez les animaux en expérience une diminution rapide et considérable des mouvements respiratoires (de 140 à 50 par minute). En même temps se manifestait une diminution croissante de la température et, après quelques alternances pendant lesquelles la respiration était moins lente et la température moins basse, la mort arrivait presque toujours en colapsus. Cette terminaison a surtout été marquée chez deux cobayes qui ont succombé en quelques heures.

Une seule fois chez un lapin il s'est produit de la diarrhée. On ne doit pas être surpris de l'absence des vomissements, puisque le cobaye et le lapin ne vomissent jamais.

Nos recherches avaient été principalement inspirées par le désir de vérifier l'action de l'émétique sur les bronches et les poumons. Magendie et Pécholier avaient bien déterminé l'hépatisation pulmonaire chez les animaux en expérience mais les faits contradictoires d'Ackermann pouvaient jeter un doute sur les résultats annoncés par ses prédécesseurs.

Nos expériences ont démontré que chez les animaux tués rapidement, comme nos cobayes, il existait des signes macroscopiques d'une congestion pulmonaire intense. Ces signes manquaient chez les lapins tués par empoisonnement beaucoup plus lent et cette absence de lésions

macroscopiques nous rendait explicables les résultats annoncés par Ackermann.

Au point de vue *histologique*, il existe deux choses dans l'empoisonnement stibié, des lésions constantes et des lésions variables.

Les premières sont les lésions rénales réalisant tant dans l'empoisonnement lent que dans l'empoisonnement aigu un type de néphrite diffuse parenchymateuse caractérisée par la dégénération granulo-graisseuse des éléments nobles du rein : on sait, depuis les travaux de Cornil et Brault, la fréquence de cet ordre d'altérations dans la plupart des maladies infectieuses, vouant les cellules à sa désintégration complète et à son expulsion par le liquide urinaire (Hortolès, Ziegler).

Lésions constantes également dans l'estomac sous forme d'ulcérations hémorrhagiques que Letulle a montrées souvent en rapport avec les thromboses microbiennes des maladies infectieuses. Non que nous supprimions du reste le rôle du suc gastrique dans ce cas : cela est si vrai que l'intestin (où la réaction est alcaline) nous a toujours paru intact.

Les lésions variables sont celles du foie et du poumon : deux ordres de phénomènes y ont été observés : dans le foie soit dégénérescence amyloïde (attaquant du reste aussi la muqueuse gastrique dans ce cas), soit infiltration embryonnaire sous forme d'îlots, accompagnée de lésions granuleuses des cellules hépatiques. Tout cela s'observe dans les maladies infectieuses (1).

---

(1) Par les injections sous-cutanées faibles mais répétées de bouillon de culture de staphylocoques dorés, N-P. Kravokow a reproduit fréquemment (*Archives de méd. experim. et d'anat. pathol.* Janvier 1896) les dégénérescences amyloïdes dans l'estomac et le foie.

Dans le poumon, deux types de lésions se rencontrent également dans les infections : soit lésions broncho-pulmonaires embryonnaires, soit congestion avec infiltration embryonnaire à localisation vasculaire avec catarrhe bronchique desquamatif.

Si l'on ajoute la leucocytose constante dans nos expériences, on voit que l'on peut pousser très loin la comparaison entre les altérations viscérales dans l'empoisonnement stibié et celles de la plupart des maladies infectieuses.

En résumé il reste acquis que le tartre stibié a notamment une action élective sur l'appareil broncho-pulmonaire, d'où nous conclurons :

Que le *tartre stibié* est indiqué dans le traitement des *bronchites* et *broncho-pneumonies* en vertu de la loi de similitude.

Nous appellerons l'attention des médecins sur les lésions gastriques, hépatiques et rénales que nous avons déterminées par l'émétique chez les animaux en expérience. L'étude de ces lésions par les méthodes histologiques actuellement en usage nous ont permis d'en déterminer exactement les caractères, leur donnant par cela même une valeur qui ne se retrouve point dans les travaux de nos devanciers.

D[r] P. JOUSSET et LEFAS.

SYMPTOMES TOXIQUES DE LA JUSQUIAME

Nous relevons dans la *Médecine moderne* (1) le récit d'un empoisonnement par la jusquiame chez trois petits enfants.

L'auteur a trouvé les trois petits malades (âgés un de 3 ans et deux de 5 ans) dans une excitation extrême : ils criaient, se jetaient d'un côté à l'autre, juraient, se démenaient, de sorte que pour les maintenir, il fallait employer une force considérable. Parfois ils poussaient des cris analogues à ceux de la méningite. Ils étaient indifférents à tout leur entourage. Parfois cependant ils réagissaient comme si on les appelait. Dans ces cas, les phénomènes étaient très étranges. Les enfants entendaient le son du côté diamétralement opposé à celui d'où il venait réellement. Ainsi quand l'appel venait du côté gauche, par exemple, ils tournaient la tête du côté droit et inversement; ils répondaient même (quand ils répondaient) en s'adressant vers le côté d'où les sons leur semblaient venir.

L'auteur a répété cette expérience à plusieurs reprises, les résultats étaient toujours les mêmes chez tous les trois malades.

Mais le plus souvent les enfants ne répondaient pas aux questions, ils semblaient absorbés par une sorte de contemplation intérieure de leur *moi*, et les cris qu'ils poussaient, les mouvements qu'ils faisaient semblaient s'y rapporter. Les mouvements eux-mêmes n'étaient pas ordinaires : les enfants se frappaient, se pinçaient le haut du nez, les lobules des oreilles, faisaient des gestes en

---

(1) 13 juillet.

l'air, comme peur casser une branche, puis portaient les mains vides aux lèvres et faisaient semblant de mastiquer quelque chose, en un mot tout l'ensemble de ces mouvements reproduisait le tableau qui semblait présent dans l'esprit des enfants et qui leur rappelait le moment où ils cueillaient les têtes de la jusquiame, les portaient à la bouche et les mangeaieut.

Par moment, les petits malades étaient plus calmes, mais c'étaient là des accalmies avant une crise terrible rappelant celles de l'éclampsie. Ces accès, au nombre de 6 à 7 pour chaque malade, duraient en moyenne de 3 à 7 minutes et ont nécessité des bains tiédes.

Dans les intervalles des accès, quand on permettait aux enfants de marcher, ils se jetaient brusquemeut en avant, malgré la titubation excessive. Quand ils rencontraient un obstacle ils tâchaient d'y grimper, même aux murs. Avec les bras ils faisaient alors les mouvements de tâtonnement comme lorsqu'on joue au colin-maillard.

Il y avait donc ici tantôt des mouvements coordonnés, comme pour cueillir et pour manger des fruits, et d'autres incoordonnés qui se manifestaient soit sous forme des accès éclamptiques, soit sous celle de la marche titubante et incertaine.

On a employé le traitement usuel dans l'intoxication par la jusquiame et le lendemain les enfants étaient à peu près rétablis. Toutefois ils restèrent encore faibles et apathiques. On a noté chez deux d'entre eux une coloration ictérique des téguments.

Avant de rapporter ces observations, la *Médecine moderne* dit qu'on ne trouve dans la plupart des traités de toxicologie que des données assez confuses sur les intoxications par les narcotiques.

Il y a longtemps que nous avons étudiés les différences qui existent entre ces divers empoisonnement.

Si l'on veut se reporter à nos livres de matière médicale (1) on ne pourra pas méconnaître que les caractères du délire causé par la jusquiame, que la somnolence, que les convulsions causées par cette substance sont décrits en détails et complètement et que le tableau que nous en donnons présente tous les symptômes qui ont été observés dans les cas d'empoisonnement relatés dans la médecine moderne.

Dr Marc Jousset.

THÉRAPEUTIQUE

QUELQUES PRINCIPES DE CARDIOTHÉRAPIE

(*Agents physiques ou mécaniques, balnéothérapie*) (2).

« Il n'y a pas de maladie chronique où, grâce à l'intervention de l'hygiène basée sur la pathogénie, grâce à l'efficacité grande d'agents médicamenteux, la médecine soit moins désarmée et plus apte à retarder pendant de longues années, l'échéance fatale. »

Voilà ce qu'en 1896 dans le *Traité de Thérapeutique appliquée*, j'écrivais sur l'avenir des cardiaques, et je pour-

---

(1) Particulièrement au traité élémentaire de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive, article Jusquiame. T. Ier. J.-B. Baillière.

(2) Nous empruntons au *Journal des praticiens* cette intéressante leçon clinique du Dr Huchard.

rais invoquer la grande autorité du plus illustre clinicien du siècle, qui s'est rarement trompé, de Laennec : « On réussit à faire vivre, disait-il, pendant de longues années, certains malades avec des affections du cœur plus ou moins graves. »

Cela, il faut le dire bien haut. Mais, on doit ajouter que, par l'hygiène et l'emploi des agents physiques, on arrive souvent à des résultats plus certains et plus durables que par l'usage et surtout par l'abus des drogues, « bonnes à rendre la santé malade », comme disait Montaigne.

Si la digitale est un remède souvent héroïque dans le traitement de l'asystolie et de divers troubles cardiaques, si les iodures et les médicaments agissant sur la pression vasculaire rendent d'incontestables services dans les cardiopathies artérielles et dans les maladies des vaisseaux, que ne peut-on obtenir par une hygiène bien entendue, par l'alimentation, par le choix d'un bon climat, par le massage et la gymnastique méthodiques, par les pratiques sages de balnéothérapie !

A ce dernier point de vue, il est nécessaire de mettre les choses au point et de démontrer l'erreur de ceux qui, à la poursuite de la disparition ou de l'atténuation d'un souffle valvulaire, ont recherché la pierre philosophale de la cardiothérapie, et affirmé imprudemment des « guérisons » de maladies du cœur, en quelques semaines ou en quelques mois.

Parler ainsi, raisonner de la sorte, faire de telles promesses, affirmer que l'ingestion d'une eau quelconque, minéralisée ou non, dissout mystérieusement des exsudats valvulaires et des scléroses artérielles, c'est promettre plus qu'on ne peut tenir, c'est annoncer une chose le plus souvent impossible, c'est compromettre la meilleure des

causes, c'est se rendre coupable d'une grave erreur thérapeutique, et celle-ci naît, comme presque toujours, d'une ou de plusieurs erreurs de diagnostic.

On ne doit pas, en effet, confondre les guérisons apparentes et transitoires avec les guérisons réelles et permanentes, les guérisons *fonctionnelles* avec les guérisons *anatomiques*.

Fréquemment on confond les souffles valvulaires avec les souffles précordiaux, les cardiaques vrais avec les faux cardiaques, et ceux-ci sont légion parce qu'il règne de par le monde, chez les malades comme chez les médecins, une maladie déjà ancienne : la cardiophobie. On oublie que, si la syncope est un accident cardiaque, elle n'est presque jamais symptomatique d'une affection cardiaque ; on n'a pas assez dit que seules, les palpitations ne sont pas suffisantes pour asseoir le diagnostic d'une cardiopathie, et que dans nombre de cas, elles ont une origine réflexe ou toxique. Et les malades que tourmentent incessamment une « douleur au cœur », quelques angoisses précordiales et des précordialgies nerveuses assimilées à tort à l'angine de poitrine coronarienne, des intermittences ou des faux pas du cœur de nature fonctionnelle et de lointaine provenance, ont trop souvent l'esprit hanté et harcelé par la crainte d'une affection organique qui n'existe pas.

Quand toutes les causes d'erreurs seront évitées ou écartées, sans doute on proclamera moins de guérisons par une thérapeutique surannée et des remèdes souvent trompeurs (ces malades guérissant parfois d'eux-mêmes ou par la simple hygiène), mais on abusera moins des drogues, et de la digitale, et de tous ses succédanés ; on créera aussi moins de cardiopathies médicamenteuses.

I

Etablissons maintenant quelques principes de cardiothérapie par l'hygiène et le régime alimentaire, les agents physiques ou mécaniques, la balnéothérapie.

Comme toujours, c'est en France que la première idée de ce traitement a germé et c'est à l'étranger qu'elle a porté ses fruits. Eh bien, il faut hautement le proclamer. L'étranger n'a pas le monopole des stations hydro-minérales utilisables dans les affections du cœur et des vaisseaux, et en France nous en possédons de bien autrement puissantes... parce qu'elles sont moins dangereuses. Mais l'action bienfaisante des eaux minérales sur l'appareil circulatoire doit être aidée, pour produire ses effets, par le secours ou plutôt le concours d'autres moyens parmi lesquels le régime alimentaire, le climat et les pratiques de kinésithérapie occupent une place importante.

Le régime alimentaire est la base du traitement à la fois préventif et curatif des cardiopathies artérielles; cela, je ne cesse de le répéter, de le répéter encore, de le répéter toujours depuis quinze ans, et les thèses récentes et consciencieuses de mes deux élèves, celle de Picard d'abord, celle de Bohn (1) ensuite sur les « longues rémissions de la dyspnée toxi-alimentaire », rémissions pouvant durer des mois et des années grâce au traitement, en donnent le témoignage le plus irrécusable. C'est

---

(1) H. Picard. Dyspnée toxique d'origine alimentaire. (*Thèse inaug.*, 144 pages. Paris, 1897). — Bohn. Les longues rémissions de la dyspnée toxi-alimentaire dans les cardiophathies artérielles. (*Thèse inaugurale*, 156 pages. Carré et Naud, éditeurs. Paris, 1898).

aux cardio-artériels surtout que l'on peut appliquer cette maxime, sous forme d'un jeu de mots latin : *modicus cibi, medicus sibi.*

Le choix du climat et de l'altitude joue également un rôle qu'il serait injuste de négliger. Que de cardiopathes on voit revenir aggravés d'un long voyage, d'un imprudent séjour à de hautes altitudes dans la proximité de glaciers malfaisants, ou vers certains climats maritimes capables d'amener le surmenage du système circulatoire !

Aux « cures de terrain » dont on a fait si grand bruit et dont on a tant abusé, qui promettent une hypertrophie thérapeutique du cœur pour donner souvent la cardiectasie, nous opposons les *cures de repos*, non pas que ce repos consiste dans l'immobilité absolue du sujet ; mais nous estimons qu'avec la méthode dite d'Œrtel, on augmente trop le travail du cœur central quand nous devons au contraire chercher à l'économiser, à soulager l'organe en ouvrant en quelque sorte le cœur périphérique représenté par tous les vaisseaux.

L'action sur le cœur périphérique est surtout réalisée par le massage méthodique, par des contractions musculaires modérées qui font passer dans le muscle en mouvement cinq fois plus de sang que dans le muscle au repos. La méthode allemande veut augmenter le travail d'un cœur déjà profondément amoindri dans sa puissance fonctionnelle par l'envahissement de la sclérose ; la méthode française diminue son travail en atténuant les résistances périphériques, en ouvrant toutes larges les voies d'écoulement sanguin, et elle réalise ainsi une grande loi de la thérapeutique : *l'art d'adapter les moyens médicamenteux à la puissance fonctionnelle des organes et de l'orga-*

nisme. Elle obéit encore à l'un des premiers principes de la cardiothérapie : *soulager le cœur pour le fortifier.*

Le massage des membres et la gymnastique musculaire ne suffisent pas, et ces moyens sont propres surtout à agir sur le cœur périphérique, artériel et veineux. Or, il y a dans la cavité abdominale une circulation veineuse abondante sur laquelle il faut encore agir de bonne heure, parce que là une stase circulatoire, favorisée d'ailleurs par des conditions anatomiques défavorables, peut avoir des conséquences d'autant plus graves qu'elle reste longtemps latente ou méconnue. Voilà pourquoi nous insistons sur l'importance du *massage abdominal* pratiqué de bonne heure et d'une façon méthodique chez les cardiaques en imminence d'hyposystolie. Les résultats que ce massage a déjà produits sur l'augmentation de la diurèse sont des plus encourageants, et nous avons plaisir à remercier M. le Dr Cautru, ancien interne des hôpitaux, qui avec l'assistance de notre excellent élève M. Krikortz, nous a prêté son habile concours pour la démonstration de ce fait (1).

Le massage abdominal semble agir sur la diurèse par le même mécanisme que la digitale, puisque l'augmentation des urines coïncide, par l'emploi de ces deux moyens, avec la vaso-dilatation et la diminution de la tension artérielle succédant promptement à un état de vaso-constriction et d'hypertension artérielle. Donc, l'augmentation de la diurèse est liée surtout à l'accroissement de la vitesse du sang dans le rein, plus qu'à l'élévation de la pression vasculaire, comme on le croit générale-

(1) CAUTRU : Action diurétique du massage abdominal dan les maladies du cœur (*Journal des Praticiens*, 1898).

ment. Il s'agit là d'une véritable *poussée* sanguine, analogue à la brusque poussée de l'eau à travers une digue rompue. Dans ces cas, le liquide prend une vitesse plus grande, en rapport avec la résistance qui l'a contenu et qu'il a dû vaincre.

Avec cet outillage thérapeutique très varié, les médecins qui exercent aux eaux minérales, sont puissamment armés pour obtenir une longue et utile trève dans les accidents si nombreux et si graves qui menacent les cardiopathes en rupture imminente de compensation ; ils ont là des instruments précieux dont ils doivent savoir se servir, sous peine d'être de mauvais ouvriers avec de bons outils. Cela revient à dire qu'il leur faut connaître, avant tout, les moindres détails de la pathologie cardiaque, qu'ils seront de bons thérapeutes à la condition d'être en cela d'excellents cliniciens, qu'il ne suffit pas de bien connaître l'instrument thérapeutique dont on se sert, mais aussi le terrain sur lequel on veut agir, et que pour toutes les maladies, pour les maladies du cœur surtout, on ne saurait être trop pénétré de cette vérité : *Tant vaut le médecin, tant vaut la médecine hydro-minérale.*

Il faut que, pendant ce traitement complexe que nous recommandons dans les stations hydro-minérales, les médecins s'affranchissent de toute intervention médicamenteuse active, à moins d'indications sévères et spéciales ; il faut qu'ils n'abusent jamais ou qu'ils usent à peine des médicaments cardiaques, parce qu'il y a entre eux et la thérapeutique thermale une sorte d'incompatibilité ; il faut enfin qu'ils sachent que leur principale règle de conduite est la prudence, toujours la prudence. Et je le répète avec une conviction d'autant plus grande qu'on a observé de déplorables accidents chez les malades auxquels la di-

gitale avait été inconsidérément prescrite à haute dose pendant la cure hydro-minérale.

Cette réserve faite, la cure hydro-minérale avec le concours de la médication adjuvante par le régime alimentaire et la kinésithérapie, produit les meilleurs résultats, et j'ajoute qu'elle est souvent indispensable. Voici les principales conditions que cette cure doit remplir :

Ce qu'il faut chercher dans le traitement des cardiopathies au moyen des eaux minérales, ce sont les effets suivants : par leur composition chimique, une action résolutive, diurétique et parfois laxative ; par leur thermalité, une action révulsive qui, sagement et prudemment dirigée, a pour résultat de favoriser la circulation périphérique au profit de la circulation centrale ;

Ce qu'il faut chercher dans une station hydro-minérale appliquée au traitement des cardiopathies, c'est le repos du corps et de l'esprit, parce que « le cœur physique est doublé d'un cœur moral ». Comme je l'ai souvent dit dans mes conférences cliniques et comme M. F. Toussaint l'a dernièrement exprimé en très bons termes (1), ce n'est pas dans les villes d'eaux à casinos, trop souvent villes de jeux, à bruyants plaisirs, à promenades fatigantes et à lointaines excursions, que le cardiopathe trouve le calme et la quiétude si nécessaires au rétablissement de sa santé.

Au risque d'être accusé de prétendre aux affirmations paradoxales, je pense qu'au contraire, les stations pour cardiaques doivent être des endroits « où l'on ne s'amuse

---

(1) Toussaint. Ce qu'on doit entendre par une station hydrominérale pour les cardiaques. (*Journal des praticiens*. 1898, page 374).

guère », où l'on puisse, sans trop d'ennui, se reposer en silence. Repos du corps, repos de l'esprit, repos de la pharmacie ; telle est la triple alliance qui, elle, peut donner beaucoup de paix au cœur.

Ce qu'il faut éviter, c'est l'excitation d'eaux trop minéralisées, des eaux chlorurées sodiques trop fortes, des eaux sulfureuses, des hautes altitudes.

Ce qu'il faut craindre, c'est le danger d'un traitement hydro-minéral intensif appliqué à des cardiaques trop excitables ou arrivés à la période d'asystolie très avancée (celle d'hyposystolie n'étant pas une contre-indication), et surtout à des malades dont l'affection du cœur était ignorée.

II

Prévoir et prévenir, c'est faire œuvre de clinicien et de thérapeute. Or, rien n'est plus vrai que pour les affections du cœur.

Depuis longtemps nous avons dit et prouvé que toute cardiopathie artérielle, que l'artério-sclérose est précédée par un long stade d'hypertension artérielle. Cette notion est généralement contestée... parce qu'elle est incontestable, parce qu'aux écrivains il suffit de quelques minutes pour la nier, et qu'il faut au clinicien de longues années pour en constater et en suivre patiemment l'évolution progressive. Connaître et dépister de bonne heure les signes de cette hypertension artérielle, c'est déjà *prévoir* la sclérose vasculaire ; c'est encore la *prévenir*, par l'hygiène, par le régime alimentaire, par la kinésithérapie, par la balnéothérapie, par l'emploi de toute médication capable de détendre l'énorme poussée sanguine contre les parois des vaisseaux.

En opposition avec ces *cardiopathies artérielles* (myocardites artérielles) qui commencent aux artères pour finir au cœur gauche, il y a les *cardiopathies veineuses* (myocardites veineuses), que nous étudions depuis quelques années. Ici, la maladie commence par le système veineux et surtout par le système veineux intra-abdominal, ce grand égout collecteur de l'organisme. Pendant des mois et des années, il y a stase énorme et permanente dans les veines mésaraïques dont la dilatation progressive amoindrit la contractilité, et c'est ainsi que la « pléthore abdominale » des anciens mérite d'être réhabilitée. Ces veines et la veine porte charrient alors lentement les toxines dont elles sont encombrées (*vena porta, porta malorum*) ; le foie insuffisant à la tâche se congestionne (foie gastro-intestinal et non cardiaque), et neutralisant incomplètement les poisons venus du tube digestif, il les laisse pénétrer jusque dans le cœur droit et les poumons qu'ils irritent, congestionnent et enflamment. Alors, la maladie du cœur va être constituée autrement que par le mécanisme de l'action réflexe, et c'est ainsi que l'on voit des malades, congestifs pour la plupart, chez lesquels l'hyperémie passive avec stase veineuse se traduit par les signes de la pléthore abdominale, par un gros foie, par des bronchites et des congestions pulmonaires à répétition et devenant ensuite inamovibles, par un cœur prompt à la dilatation avec contractions molles et insuffisantes, par un facies rouge et tous les symptômes de congestion céphalique, souvent par l'abondance du tissu adipeux. Car les maladies par ralentissement de la nutrition commencent presque toujours par le ralentissement de la circulation veineuse.

Quelles différences avec les cardiopathies artérielles qui commencent par les artères pour finir au cœur

gauche et dans lesquelles prédomine l'ischémie des organes, avec les cardiopathies valvulaires chroniques qui commencent au cœur pour finir aux vaisseaux et dans lesquelles les troubles hydrauliques prennent une place prépondérante? Eh bien, si pour les cardiopathies veineuses, vous avez pu *prévoir* la maladie dans ses origines, vous saurez aussi *prévenir*, et comme ici la digitale et les médicaments cardiaques sont souvent impuissants, vous aurez dans la pratique de la kinésithérapie et du massage abdominal, aidés par le régime alimentaire et les eaux minérales, des moyens préventifs de haute valeur.

III

De quelque côté que l'on envisage la question des cardiopathies chroniques, qu'il s'agisse de cardiopathies valvulaires rhumatismales, de myocardites artérielles, ou encore de cette nouvelle classe de myocardites veineuses dont nous poursuivons l'étude, on voit que l'avenir de la thérapeutique est dans l'emploi des agents physiques, de l'hygiène et du régime alimentaire; il est encore dans la connaissance de la pathogénie, dans la recherche incessante et dans l'application hâtive des moyens préventifs.

Ainsi, la thérapeutique dans les affections du cœur a changé son orientation. Elle n'est plus seulement basée sur la présence, sur l'intensité ou l'affaiblissement d'un souffle valvulaire, que recherchent encore quelques médecins, sans doute « par révérence de l'antiquaille » ; elle ne se contente pas de voir un cœur à fortifier, mais aussi un cœur à soulager ; elle ne considère pas seulement le cœur central, elle vise le cœur périphérique, et s'il est malheureusement vrai que nous ne guérissons qu'exceptionnellement les valvulites chroniques ou les scléroses

vasculaires définitivement constituées, nous pouvons au début en arrêter l'évolution progressive à la condition de nous conformer à ces principes que j'ai naguère exposé en 1889 et en 1893 dans mon *Traité des maladies du cœur*.

« Quand un obstacle siège dans une machine, l'ouvrier s'il ne le trouve pas dans le jeu des soupapes, dans le piston ou dans le corps de pompe, s'empresse de le chercher dans les tubes de conduites ou de canalisation. Jusqu'ici, le médecin n'avait dans les maladies du cœur qu'une préoccupation presque constante : la recherche des lésions orificielles et la localisation des souffles valvulaires.

« Dans les cardiopathies artérielles (auxquelles il faut adjoindre maintenant les cardiopathies veineuses), l'obstacle n'est pas au cœur central, mais au cœur périphérique, aux confins du courant circulatoire. C'est là qu'il faut le chercher pour le vaincre de bonne heure.... A cette période, vouloir tonifier le cœur par la digitale, serait aussi illogique que, si l'ouvrier pour triompher d'un obstacle situé à la périphérie, voulait exercer une forte pression sur le piston de sa machine. Pour être de bons ouvriers en cardiothérapie, nous ne devons pas nous contenter de constater un obstacle ; il faut aussi en discerner la nature et surtout le siège. Or, au début de la maladie, la lésion des artères périphériques atteignant rapidement leur tunique moyenne, détruit ou amoindrit de bonne heure l'élasticité dont elles sont douées, et il est prouvé que « l'élasticité des artères économise le travail du cœur» (Marey). Elle n'augmente certainement pas la quantité de ce travail, mais elle l'utilise, elle ne le laisse pas perdre. Par conséquent, au début de l'artério-sclérose, le cœur central dont l'aptitude fonctionnelle a pu diminuer de moitié par

suite de son insuffisance nutritive, due à l'endartérite coronarienne, va être obligé de doubler son travail pour vaincre les obstacles situés à la périphérie du système vasculaire. C'est là un cercle vicieux d'où l'on ne peut sortir qu'en agissant directement sur le cœur périphérique représenté par les vaisseaux. Par là, on soutient déjà et l'on protège en quelque sorte le cœur central. »

Cette longue citation démontre l'importance que nous attribuons depuis longtemps déjà à l'emploi des agents physiques dans les maladies du cœur; elle peut servir d'introduction à la thèse inaugurale, si consciencieuse, de M. Piatot (1) qui, pendant une année d'internat passée dans notre service de Necker, s'est adonné avec beaucoup d'ardeur et de zèle à l'étude parfois si difficile, mais toujours si attachante des cardiopathies. Car, on ne dira jamais assez quel rôle considérable joué par ses maladies, le cœur, ce grand et presque infatigable ouvrier de la vie, qui ne se repose jamais (*primum movens, ultimum moriens*).

Le travail entrepris restera, parce qu'il ouvre une ère nouvelle et féconde dans le traitement des maladies du cœur, parce qu'il établit pour elles, d'une façon scientifique, les bases de la thérapeutique aux stations hydrominérale, parce qu'il démontre l'importance de la médication par l'hygiène et les agents physiques. « On peut se montrer grand praticien — disait Tissot à la fin du dernier siècle — sans ordonner de médicaments ; le meilleur remède est souvent de n'en prescrire aucun. »

D[r] HUCHARD.

---

(1) A. PIATOT. Traitement des maladies du cœur par l'hygiène et les agents physiques. (*Thèse inaugurale de* 216 *pages*, Steinheil, éditeur, 1898). — M. F. TOUSSAINT a droit également aux félicitations des praticiens.

TEINTURE D'IODE DANS LES INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES AIGUES

D'après Grosch, les craintes de l'intoxication par l'administration interne de teinture d'iode ne doivent pas être poussées trop loin. L'auteur a employé cette substance pendant 18 mois dans toutes les gastro entérites infectieuses. Il a traité par ce procédé 300 malades et s'en est toujours très bien trouvé. Il relate les résultats de ses recherches dans le *Berl. Kl. Woch.*

Aux enfants atteints de fièvre typhoïde il administre 2 à 4 gouttes de teinture d'iode dans un peu d'eau sucrée toutes les 8 heures pendant trois jours. Les enfants prennent cette potion sans dégoût. Malgré quelques cas très graves, l'auteur a toujours obtenu des résultats satisfaisants. La fièvre tombait rapidement, atteignait la normale au bout de quelques jours. La connaissance revenait bientôt, la diarrhée disparaissait, l'appétit revenait, mais la convalescence n'était pas entravée malgré l'alimentation. L'auteur compare ces résultats à ceux obtenus par la sérumthérapie dans la diphtérie.

Aux adultes typhiques on administrait la teinture d'iode à dose de 6 gouttes 3 ou 4 fois par jour. Des 40 malades traités par l'iode pas un seul ne mourut. La guérison était rapide dans les cas légers, dans les cas moyens les résultats n'étaient obtenus qu'au bout de quinze jours à un mois, mais tout danger semblait conjuré.

La température baissait, la diarrhée était supprimée, l'intelligence devenait nette, les céphalées, les douleurs au sacrum et aux mollets s'amélioraient notablement, l'appétit revenait au bout de 15 jours en moyenne.

Les résultats favorables sont d'autant plus marqués que l'administration d'iode est plus précoce.

Comme phénomènes secondaires l'auteur n'a observé qu'une seule fois l'hémoptysie et dans un autre cas un sentiment d'enserrement du thorax. Jamais il n'a constaté d'albuminurie.

Dans la gastro-entérite infectieuse aiguë, les résultats étaient surtout favorables dans les cas où la fièvre était très élevée, avec vomissements et diarrhée fétide, coliques, céphalées et courbature.

On administrait alors :

Teinture d'iode.	XV à XVIII gouttes.
Sirop simple.	20 grammes.
Eau distillée, jusqu'à. .	150 —

A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les deux heures.

Chez les enfants à la mamelle atteints de gastro-entérite aiguë, l'auteur administrait l'iode à dose d'une goutte 3 fois par jour. La diarrhée et les vomissements cessaient le plus souvent.

L'auteur a encore eu des résultats favorables avec la teinture d'iode dans les duodénites aiguës avec ictère, météorisme, coliques après diarrhée.

Dans la grippe avec phénomènes gastro-intestinaux.

Au début d'une pérityphlite quand il y a vomissements, diarrhée et douleurs iléo-cœcales.

Grosch recommande la teinture d'iode (qui est une substance relativement inoffensive quand on la dose bien et quand on surveille bien les effets) comme un médicament d'un effet assez sûr dans certaines affections aiguës de l'appareil digestif.

C'est un bon désinfectant du canal intestinal et de l'estomac, il empêche la formation des produits septiques en empêchant la prolifération des bactéries.

(*Médecine moderne*).

L'iode produit sur l'homme sain un certain nombre de symptômes qui peuvent expliquer son action favorable sur l'intestin et dans la fièvre typhoïde : tuméfaction de la rate ; coliques avec ballonnement ; borborygmes ; besoins fréquents d'aller à la selle, diarrhée abondante.

Urines rares, foncées en couleur ; albuminurie ; gencives douloureuses et tuméfiées ; enduit saburral de la langue.

Céphalalgie.

Dans les cas de morts on a trouvé des ulcérations intestinales.

Dr Marc Jousset.

TOXICOLOGIE

NON INCOMPATILITÉ DU CALOMEL AVEC LES CHLORURES, LES ACIDES ET L'ALBUMINE.

Il existe un préjugé non seulement chez les malades, mais même chez un grand nombre de médecins, qu'il y a danger de prescrire le calomel trop près des repas, de crainte que, sous l'influence du sel s'il se transforme en sublimé et ne puisse être le point de départ d'un empoisonnement.

On a considéré aussi comme incompatible l'emploi du calomel avec les acides et l'albumine.

Le Dr Yovane a communiqué au 8e congrès de pathologie interne tenu à Naple du 20 au 24 octobre derniers ses recherches sur ce sujet : recherches demontrant qu'il n'y a aucun inconvénient à prescrire le calomel en même temps que les chlorures, les acides et l'albumine.

Voici les principaux passages de sa communication :

1° Il a mis en présence, *in vitro*, le calomel avec différents chlorures, avec les acides minéraux, végétaux et organiques ; avec différentes albumines, pour voir si, vraiment, il se formait quelque trace de sublimé corrosif.

2° Il a pratiqué une fistule gastrique chez un chien, auquel il a administré du calomel et immédiatement après des chlorures, des acides et de l'albumine, pour vérifier si dans l'estomac des animaux il se produisait ce qui se produit dans le tube d'essai.

3° Après s'être assuré de l'innocuité du calomel, il l'a administré à 60 enfants de différents âges, à l'état sain, et à l'état pathologique, en même temps que des chlorures, des acides et du lait, pour observer expérimentalement quels étaient les phénomènes qui se présentaient.

4° Il a sacrifié plusieurs chiens auxquels il avait également administré du calomel et immédiatement après des acides, des chlorures et de l'albumine, dans le but d'étudier les altérations anatomo-pathologiques du tube gastro-intestinal.

5° Il a eu, enfin, l'occasion d'assister à l'autopsie de deux enfants auxquels, plusieurs jours de suite on avait administré du calomel et de la limonade chlorhydropeptique et morts à la clinique de syphilis héréditaire. Et voici ses conclusions :

1° Les recherches chimiques *in vitro* nous prouvent que

le calomel, en présence des acides et des chlorures semble rester calomel, ne se transformant jamais en sublimé. Cependant, sans oser l'affirmer, une petite partie paraît passer de l'état insoluble à l'état soluble. Pour l'albumine, on n'a pas pu déterminer cette solubilité probable au moyen des réactifs ordinaires, mais il ne se prononce pas, n'ayant pas fait de recherches pour ne pas dépasser les limites qu'il s'était imposées, à savoir s'il peut se former de l'albuminate de mercure soluble, ou insoluble.

2° De tout ce qui précède, il résulte, d'une façon sûre, qu'on ne peut pas admettre que cette partie du calomel qui peut être rendu soluble puisse déterminer un empoisonnement aigu, comme on en trouve quelques cas mentionnés dans la littérature médicale.

Car, la quantité de calomel qui passerait à l'état soluble est si infime, qu'on doit absolument exclure toute possibilité d'empoisonnement. En pareils cas, l'idiosyncrasie pour le calomel, son impureté, peuvent être invoquées avec raison, et si ses causes étaient insuffisantes pour éclairer un cas spécial, il faudrait invoquer d'autres causes encore obscures et chercher ailleurs.

3° La fistule gastro-intestinale démontre que le calomel avec les acides, les chlorures et l'albumine, pendant l'acte gastrique chimique, subit les mêmes modifications que dans le tube d'essai.

En outre, les enfants auxquels le calomel a été administré simultanément avec les chlorures, les acides et l'albumine, il n'y a eu aucun accident qu'on puisse imputer à cette pratique.

Enfin, ni chez les chiens sacrifiés, ni chez les deux enfants morts de syphilis héréditaire, on n'a relevé de

lésions du tube digestif imputables au mercure; il y avait tout au plus quelques places de l'intestin présentant de légères hyperémies.

Il n'y a donc plus lieu de s'arrêter aux préjugés et on peut sans inconvénient administrer le calomel en même temps que les chlorures, les acides et l'albumine.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

DU STRABISME FONCTIONNEL DIT CONCOMITANT.

M. Panas. — Le strabisme fonctionnel ne s'accompagne ni de paralysie, ni de spasme musculaire ainsi que le prouve l'égalité absolue ou à peu près des arcs excursifs des deux yeux, aussi bien de celui qui louche habituellement que de celui dont l'attitude est en apparence correcte. Il n'est pas, comme on l'a dit à tort, le pied bot de l'œil ; la preuve en est qu'il cède dans le sommeil naturel ou chloroformique.

Le strabisme fonctionnel réside dans la simple incoordination de la convergence. Par suite la fonction étant en partie double on ne saurait admettre un seul instant que le strabisme dit concomitant puisse se cantonner sur un seul œil appelé incorrect, alors que son congénère dit correct serait indemne de toute inclinaison anormale. Les deux axes visuels sont anormalement inclinés à la

fois et d'une même quantité. Lorsqu'un œil diverge, son congénère supposé bon diverge également; mais comme celui-ci est obligé de fixer, la divergence ne se traduit que pour l'œil malade.

Le strabisme fonctionnel une fois établi n'amène pas de rétraction des muscles dans le sens de la déviation ni de relâchement des tissus dans le sens opposé. L'égalité des arcs excursifs persiste en effet quelle que soit l'ancienneté du strabisme.

Une fois la nature fonctionnelle du strabisme bien établie, reste à rechercher si l'incoordination est d'ordre périphérique, dépend d'une incorrection fonctionnelle de l'œil, d'un vide de réfraction par exemple ou bien si elle est d'origine centrale et causée par une lésion, un manque d'évolution centrale du centre coordinateur. La cause de beaucoup la plus fréquente est l'inégalité de la vision des deux yeux. Donders a montré que le strabisme convergent s'associe à l'hypermétropie et le divergent à la myopie, d'où l'importance dans le traitement des verres correcteurs.

L'opération comprend elle-même deux méthodes: 1° la ténotomie ou recul des tendons; 2° l'avancement des antagonistes.

Pour amener un résultat complet, l'opération doit porter sur les deux yeux. Il n'y a pas à craindre de corriger la lésion d'une manière exagérée, les deux côtés étant également atteints. D'ailleurs les résultats cliniques prouvent les bons effets de l'opération bilatérale; sur 210 opérés il y a eu 180 redressements complets.

M. Fournier insitse sur la fréquence du strabisme chez les hérédo-syphilitiques. La tuberculose ou l'alcoolisme

se rencontrent aussi fréquemment chez les ascendants des enfants qui ont du strabisme.

Action diurétique du massage abdominal dans les maladies du cœur. — M. Huchard. — En regard des *cardiopathies artérielles*, il existe d'autres affections d'*origine veineuse* qui ont leur origine dans la pléthore abdominale, dans la dilatation progressive des veines mésaraïques avec stase énorme et permanente. Les toxines charriées lentement sont insuffisamment neutralisées par un foie congestionné. Elles passent dans la circulation générale et vont irriter le cœur et les bronches. Le massage combat cette stase veineuse et augmente la sécrétion urinaire par son action préventive en cardiothérapie.

Le massage abdominal semble agir sur la diurèse de la même manière que la digitale. Dans certains cas, on peut renforcer l'action de ce médicament en le faisant précéder de plusieurs séances de massage. Chez une malade, la diurèse difficile à obtenir par la digitaline seule s'élevait à 3 ou 4 litres lorsqu'on avait fait auparavant 3 ou 4 séances de massages abdominaux.

Le massage abdominal fait baisser la tension artérielle d'où son utilité chez les coronariens dans l'angine de poitrine.

« Quand un obstacle siège dans une machine, l'ouvrier s'il ne la trouve pas dans le jeu des soupapes, dans le piston ou dans le corps de pompe, s'empresse de le chercher dans les tubes de conduite ou de canalisation. Jusqu'ici le médecin n'avait dans les maladies du cœur qu'une préoccupation constante : la recherche des lésions orificielles et la localisation des souffles valvulaires.

« Dans les cardiopathies artérielles et veineuses l'obs-

tacle n'est pas au cœur central. Mais au cœur périphérique, aux confins du courant circulatoire, c'est là qu'il faut le chercher pour le vaincre de bonne heure. A cette période vouloir tonifier le cœur par la digitale serait aussi illogique que si l'ouvrier, pour triompher d'un obstacle situé à la périphérie, voulait exercer une forte pression sur le piston de sa machine. Pour être de bons ouvriers en cardiothéraphie, nous ne devons pas nous contenter de constater un obstacle ; il faut en discerner la nature et surtout le siège. En agissant au début sur le cœur périphérique représenté par les vaisseaux, on soutient et on protège en quelque sorte le cœur central.

D[r] Humeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Danger du phénol chez l'enfant : hématurie produite par des irrigations phéniquées de l'oreille chez une fillette de 5 ans. — II. Erysipèle de la face produite par inoculation du pus d'une pleurésie purulente a streptocoques — III. Œdème névropathique a la suite d'une intoxication aigue par l'oxyde de carbone. — IV. Les rayons de Rœntgen et le déplacement du cœur a droite dans les grands épanchements de la plèvre gauche. — V. Hystéro-traumatisme interne d'origine hépatique. — VI. Sur les vésicules aberrantes du zona. — VII. De l'infuence de la colique hépatique sur la glycosurie diabétique. — VIII. Importance du signe de Kernig pour le diagnostic des méningites cérébro-spinales.

I

(*Séance du* 8 *juillet*). — M. Comby rapporte une observa-

tion d'*hématurie provoquée par des irrigations phéniquées* de l'oreille.

Il y a longtemps que les inconvénients des pansements phéniqués ont été signalés chez les enfants ; M. Comby rapporte l'observation suivante.

G... (Emilie), âgée de 5 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 14 juin 1898, parce qu'elle rend des urines sanglantes depuis huit jours. En même temps, sa mère nous présente un flacon d'urines noires, couleur café ou Malaga. Je pense d'abord à une hémoglobinurie ; mais l'examen microscopique du liquide, fait par mon interne, M. Mettetal, montre la présence de nombreuses hématies. L'enfant n'a pas de fièvre (36°,8 ; 37°), pas de douleurs de rein, pas de symptômes de cystite. Pendant la première semaine de son séjour à l'hôpital, elle continue à rendre des urines sanglantes ; mais, à partir du 21, l'hématurie cesse, l'urine reste seulement un peu louche et foncée. Très albumineuse au fort de l'hématurie, l'urine ne contient bientôt plus d'albumine et l'enfant se rétablit rapidement grâce au repos au lit, au régime lacté, à la révulsion lombaire (ventouses scarifiées, ventouses sèches). Le 15 juin, une injection sous cutanée de sérum artificiel (10 centimètres cubes) est faite sous la peau du ventre ; la température, prise toutes les trois heures à partir de l'injection, ne dépasse pas 37 degrès. Nous avions pensé que l'hématurie pouvait dépendre d'une tuberculose rénale ; l'absence de réaction thermique après l'injection de sérum nous fait éliminer ce diagnostic. Pas de symptômes de lithiase rénale. L'hémoglobinurie paroxystique se trouvait éliminée par l'examen des urines ; la néphrite aiguë avait contre elle l'absence de fièvre, d'œdème, de symptômes généraux, de cause occasion-

nelle, etc. Quant à l'hématurie essentielle, si rare dans nos climats, elle ne pouvait être admise.

Trois semaines auparavant, à la suite d'une otite moyenne avec otorrhée, on avait mené le petit malade à une clinique et voici l'ordonnance qu'on lui avait prescrite.

1° Injections chaudes, dans l'oreille, 6 fois par jour, avec la solution :

Acide phénique	15 grammes
Eau bouillie	1000 —

2° Après la dernière injection du soir, faire mettre, dans l'oreille, V gouttes de :

Acide phénique	0 gr. 50
Glycérine neutre	10 —

Recouvrir d'un tampon d'ouate hydrophile.

3° Bains d'oreille avec l'eau phéniquée ci dessus.

C'est douze jours après avoir commencé ce traitement que l'hématurie est apparue, et ce symptôme paraît évidemment produit par une intoxication phéniquée.

II

M. Ménétrier rapporte l'observation d'un malade atteint de pleurésie purulente à streptocoques, auquel il a fait l'empyème ; quelques jours après, venant de le panser, il s'écorcha, en se grattant avec l'ongle, au niveau du conduit auditif droit ; il ne s'était pas encore désinfecté les doigts, qui avaient été souillés de pus pendant le pansement.

Dès le soir même, le point écorché est le siège d'une trés vive cuisson, qui persiste en s'aggravant le lendemain, s'accompagnant d'une sensation de chaleur dans tout le conduit auditif externe et d'un léger endolorissement du

ganglion situé au devant du tragus. Il crut d'abord à une simple lymphangite streptococcique, telle qu'il en avait eu autrefois, consécutivement à l'inoculation d'un pus de salpingite, et dont il a publié l'observation dans la thèse d'Achalme(1) ; mais la rougeur et le gonflement apparaissaient au niveau du tragus le surlendemain de l'inoculation; le lobule de l'oreille était ensuite envahi, et le cinquième jour, l'oreille toute entière était tuméfiée, rouge, luisante, extrêmement douloureuse, montrant l'apparence typique de l'érysipèle.

Du reste, les phénomènes généraux avaient commencé de se produire : insomnie, anorexie légère, fièvre à début graduel, sans frisson ; la température montant à 38 degrés le soir du troisième jour après l'inoculation, redescendant le matin au voisinage de la normale, pour continuer sous forme rémittente les jours suivants ; atteignant 39 degrès le sixième jour au soir, tandis que la plaque érysipélateuse s'étendait au cuir chevelu, avec un bourrelet très net sur toute la ligne d'invasion, et procédant par poussées principalement nocturnes. Le douzième jour, le cuir chevelu avait été parcouru en totalité par l'éruption qui semblait devoir s'éteindre, la fièvre, tombant et les et les parties atteintes desquamant abondamment ; mais à la suite d'une sortie prématurée, il y eut une recrudescence de fièvre à 38°5 et une poussée éruptive nouvelle, envahissant le front jusqu'aux sourcils et descendant sur la joue droite. Cette seconde poussée était complètement terminée le vingtième jour après le début, et la guérison définitive.

(1) Achalme. Considérations phathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle. *Thèse* de Paris 1893. Observation n° XIII.

Il n'y avait pas de doutes à avoir sur la nature de l'éruption ; il s'agissait incontestablement d'un érysipèle.

M. Netter qui a vu M. Ménétrier pendant sa maladie vient confirmer le diagnostic. Il ajoute que celui ci a réalisé involontairement une expérience que Koch et Petruschky ont faite à plusieurs reprises sur des malades de l'Institut des maladies infectieuses de Berlin. Ces auteurs ont employé des cultures de streptocoques, provenant de suppuration chez l'homme ; l'une avait pour origine une péritonite purulente, l'autre un abcès après érysipèle ; pour obtenir des résultats positifs, ils ont dû faire des inoculations tout à fait superficielles, par grattages.

Nous sommes étonné qu'il ne se soit pas trouvé à la Société médicale des hôpitaux, une voix autorisée pour protester contre ces procédés de laboratoire, très acceptables chez le cobaye ou le lapin, mais absolument condamnables chez l'homme. On doit savoir que l'influence du terrain (pour nous servir de la formule admise par l'école bactériologique), que la prédisposition définie, suivant l'expression de J. P. Tessier, peut faire qu'une de ces inoculations produise un érysipèle malin et mortel, et il n'est pas permis aux médecins, même dans l'intérêt de la science, de risquer l'existence de ceux qui se confient à leurs soins ; libre à M. Koch et Petruschky de s'inoculer à eux mêmes tout ce qu'ils voudront, ils pourront ainsi rendre service à leurs semblables, mais nous ne pouvons que protester contre les dangers que l'on peut faire courir à autrui.

III

(*Séance du 15 juillet*). — M. A. Mathieu rapporte le cas suivant : un homme de 24 ans est entré dans son ser-

vice à la suite d'une tentative de suicide par l'oxyde de carbone. Lorsqu'il est revenu à lui, après un commencement d'intoxication, il a senti une douleur vive à la jambe droite qui était augmentée de volume ; la jambe gauche était aussi un peu douloureuse et un peu enflée.

Voici l'état du malade à son entrée à l'hôpital, le lendemain matin : les deux membres inférieurs sont douloureux et augmentés de volume. Le pied, le mollet et la cuisse sont pris. Mais c'est surtout du côté droit que les troubles sont prédominants. A gauche, le membre est peu tendu, l'œdème est facilement dépressible et le gonflement et la douleur y disparaissent assez rapidement dans le courant de la journée.

A droite, au contraire, le mollet et la cuisse ont la dureté du bois et sont considérablement augmentés de volume : la peau est blanche et tendue ; elle ne présente aucune tache ecchymotique ; le gonflement est régulier ; la pression profonde du membre est douloureuse ; les mouvements qu'on imprime au membre sont extrêmement douloureux ; il y a aussi quelques douleurs spontanées extrêmement violentes.

Il n'y a pas de fièvre. La sensibilité cutanée est intacte ; le réflexe rotulien est conservé à gauche ; on ne peut pas le rechercher à droite.

Les urines contiennent des traces d'albumine. En une dizaine de jours tout rentre dans l'ordre.

Comme antécédents, ce malade, en août dernier, après une marche de 100 kilomètres, a eu du gonflement des deux jambes, moins prononcé que celui que M. Mathieu a observé ; gonflement qui gênait les mouvements et qui a disparu en une huitaine de jours.

IV

M. Béclère, qui s'est beaucoup occupé des rayons Rœntgen, présente à la Société des hôpitaux, deux épreuves radiographiques prises chez le même malade atteint d'une pleurésie purulente. Ces épreuves présentent chacune un grand intérêt.

L'an dernier, M. Béclère avait soutenu une opinion du Dr Bard, de Lyon, à propos du déplacement du cœur. Voici cette opinion : dans le cas de déviation du cœur à droite, par un refoulement dû à des épanchements pleuraux gauches, de même que par des rétractions droites, le cœur est déplacé en masse sans que la direction générale de son axe soit modifiée ; c'est la base et non la pointe du cœur qui bat à droite du sternum.

Les recherches expérimentales du Dr Pitres, de Bordeaux, et plusieurs autopsies, ont démontré la réalité de ce déplacement en masse.

M. Béclère a eu dans son service un homme atteint d'une pleurésie gauche ancienne avec déplacement considérable du cœur, puisqu'on sentait les battements à 15 centimètres à droite de la ligne médio-sternale.

L'examen radioscopique a permis de constater d'abord que le cœur est, en réalité, beaucoup plus refoulé à droite que ne l'indique la percussion. Puis deux traits essentiels témoignent que cette ombre appartient à la base du cœur, y compris la base du ventricule droit, mais ne correspond pas à la pointe. D'une part, elle est limitée par un contour à peu près demi-circulaire, qui devient manifeste, surtout à la fin des inspirations volontairement profondes, car on voit, à ce moment, la clarté pulmonaire s'insinuer comme un coin effilé entre l'ombre cardiaque arrondie et l'ombre

du dôme hépatique. D'autre part, elle ne présente pas les mouvements brusques, les changements soudains de forme, qui normalement traduisent aux yeux la systole ventriculaire au voisinage de la pointe, mais semble immobile; cependant, à sa partie supérieure, sur une zone assez faiblement obscure et à peu près immuable dans sa forme, on voit se dessiner une ombre plus noire et mouvante, alternativement plus ou moins large, comme s'il s'agissait de l'ombre des gros vaisseaux de la base, tranchant sur l'ombre des oreillettes.

L'épreuve radiographique, à défaut des mouvements qu'elle ne saurait reproduire, montre le contour à peu près demi circulaire, décrit par M. Béclère et met bien hors de doute l'opinion défendue par M. Bard.

Après une ponction ayant donné issue à 5 lit. 1/2 de liquide purulent, l'examen radioscopique fait voir que le cœur est revenu à sa place, tout le poumon droit étant transparent; le côté gauche demeure obscur, la très faible lueur dont il est éclairé ne permet de distinguer, ni les contours des côtes, ni ceux du cœur, ni ceux du diaphragme. Cette persistance de l'obscurité du côté gauche s'explique par un épaississement des feuillets pleuraux, le déplissement incomplet du poumon vraisemblablement sclérosé, et peut-être l'existence d'une petite quantité de liquide étalé en lame entre les deux feuillets de la plèvre.

Trois jours après, bruit de succussion hippocratique et constatation d'un pyo-pneumo-thorax.

L'examen radioscopique montre un troisième aspect du thorax très différent des deux premiers. Le côté gauche, devenu clair à sa partie supérieure, plus brillant même que le côté droit, demeure obscur à sa base et ressemble à un bocal à moitié plein d'encre; la ligne de séparation

des deux zones, obscure et brillante, est rigoureusement horizontale et demeure telle dans toutes les positions du malade, quand il s'incline lentement à gauche ou à droite ; s'il fait quelque mouvement brusque, cette ligne ondule et forme des vagues : c'est le phénomène de la succussion hippocratique devenu visible. Ces signes présentés par l'écran ne font que confirmer les signes fournis par les méthodes habituelles d'exploration ; mais où l'examen radioscopique se montre supérieur à ces méthodes, c'est dans les renseignements qu'il donne sur la position occupée par le poumon et sur le volume de cet organe. Tandis que ni l'auscultation, ni la percussion, ni la recherche des vibrations thoraciques ne révèlent où est le poumon, l'écran fluorescent fait voir son ombre arrondie et peu foncée, tranchant sur la clarté brillante de la zone supérieure, à la hauteur du hile ; on dirait un petit ballon qui, dans le bocal à moitié plein d'encre dont je parlais tout à l'heure, surnagerait, soutenu par le liquide.

La nouvelle épreuve radiographique présente par M. Béclère a été prise, comme la première, par M. Radiguet ; elle donne bien l'image du moignon pulmonaire.

Ainsi les rayons de Rœntgen, chez ce malade, indiquent la position précise du poumon rétracté vers le hile, ce que ne pourrait faire aucun autre mode d'investigation, comme ils ont indiqué l'exacte position du cœur déplacé.

V

Sous le nom d'*hystéro-traumatisme interne d'origine hépatique*, MM. Jeanselme et Rabé publient une très intéressante observation à propos de laquelle ils passent en revue les accidents nerveux consécutifs aux coliques hépatiques.

Voici d'abord le résumé des faits qu'ils ont trouvés dans la science.

En 1844, Duparcque signale des crises convulsives qu'il a observé quatre fois sur 13 cas de lithiase avec rétention de la bile dans la vésicule : ces convulsions cloniques siégeaient du côté droit, et ressemblaient en somme, à de l'épilepsie jacksonnienne; mouvements cloniques débutant par la paroi du flanc droit de l'abdomen, s'étendant à la cuisse, à la jambe et au pied; puis remontant vers la poitrine, le membre supérieur, le cou et la tête, avec respiration irrégulière et saccadée; l'accès se termine par de l'assoupissement, s'accompagnant de résolution des membres convulsés.

Trousseau, rapporte dans ses cliniques, l'observation d'une femme qui eut diverses manifestations nerveuses à la suite de ses coliques hépatiques : hyperesthésie cutanée généralisée, manifeste à la moindre pression et offrant son maximum au niveau du thorax et des membres supérieurs. Plus tard apparut une paraplégie spasmodique des membres inférieurs; à diverses reprises, embarras de la langue qui rendait l'élocution très pénible.

Bax (de Corbie) décrit, chez une femme atteinte de lithiase biliaire des crises convulsives accompagnées de cris et de gesticulations coïncidant avec les paroxysmes douloureux et que l'auteur dit ressembler, tantôt à des crises d'hystérie, tantôt à des crises d'épilepsie.

Cyr (de Vichy) insiste dans son Traité pratique des maladies du foie sur les rapports qui existent entre les migrations d'un calcul et l'hystérie ou l'épilepsie. Il a observé, chez un malade, une hémiplégie droite, avec aphasie temporaire, qui peut être rapportée à l'hystérie.

Potain, dans une leçon sur les rapports de l'hystérie et

des coliques néphrétiques, emploie le premier le terme d'*hystéro-traumatisme interne* pour désigner ces accidents ; il parle incidemment d'une jeune femme qui fut prise d'une colique hépatique à la suite de laquelle elle présenta des symptômes très nets d'hystérie.

Voici le résumé de l'observation de M. Jeanselme :

G..., 27 ans, ancienne infirmière, entre le 8 décembre à la crèche de Necker pour une colique hépatique, pour laquelle on fait une piqûre de morphine. Le lendemain matin, lors de son examen, toute sensation pénible a disparu au niveau des régions hépatique, lombaire ou dorsale ; mais la douleur s'est localisée dans l'épaule droite, qui conserve une vive sensibilité, rendue exquise par le moindre mouvement. Le membre supérieur correspondant est accolé le long du tronc, inerte et fixe, dans l'attitude de la pronation, et la malade dit ressentir, au niveau de l'épaule, une douleur profonde, dilacérante, analogue à celle que produirait un bistouri enfoncé en pleine chair : elle éprouve à la hauteur de l'insertion humérale du deltoïde la sensation d'une véritable rupture osseuse. La malade supplie de ne pas toucher à cette épaule, et le bras gauche, à la première tentative d'examen, se porte en avant, dans une attitude de défense, pour interdire tout contact avec la région hyperesthésiée. Les mouvements du lit eux-mêmes sont redoutés de la patiente. D'ailleurs, ni rougeur, ni tuméfaction.

Tandis que l'épaule est contracturée, le poignet et le coude ont conservé une légère mobilité dans les mouvements d'extension et de flexion ; encore faut-il procéder avec une extrême douceur. Les articulations des doigts restent libres.

Cette hyperalgésie profonde coïncidait avec une exalta-

tion de la sensibilité superficielle. L'examen révèle, en effet, sur la surface cutanée du membre supérieur droit, de la moitié correspondante de la tête et du tronc, l'existence d'une hyperesthésie très accusée ; la limite inférieure de cette zone s'arrête à deux travers de doigt au-dessous du pli inguinal, croise la face externe du grand trochanter, et gagne la crête des apophyses épineuses, partageant en deux la région fessière ; en avant comme en arrière, elle se termine nettement au niveau de la ligne médiane.

Dans toute l'étendue de ce territoire cutané, la moindre pression réveille une sensibilité extrême; une simple piqûre provoque une grimace de douleur et la traction d'un cheveu, dans la moitié droite de la tête, arrache des cris à la malade ; mais c'est encore au niveau de la zone cutanée, qui recouvre la région appelée topographiquement épaule (saillie deltoïdienne, et intervalle compris entre le bec de l'acromion et la colonne vertébrale), que l'hypersensibilité atteint son maximum d'acuité ; le frôlement le plus discret, le plus léger, réveille une hyperesthésie exquise.

Deux points de la paroi abdominale sont le siège d'une sensibilité extrêmement vive ; la région de l'hypocondre droit, et la région ovarienne correspondante ; la pression de l'ovaire provoque chez la malade une tendance à se mettre en arc de cercle.

Il y a en outre de l'hypéresthésie linguale droite à la piqûre ; pas de rétrécissement du champ visuel, pas d'achromatopsie, ni de dyschromatopsie ; légère diminution de l'acuité visuelle à droite.

La température est augmentée dans l'aisselle droite et la main droite, par comparaison avec le côté gauche.

Les antécédents de la malade indiquent des coliques hépatiques depuis l'âge de dix ans : elle a aussi présenté

un grand nombre d'accidents hystériques : crises convulsives, larmes fréquentes, irascibilité, anurie et dysurie.

En février 1896, à la suite d'une colique, jaunisse et immobilisation du bras droit qui est très douloureux. M. Lejars pratique une cholécystotomie, qui donne issue à un grand nombre de petits calculs; l'ictère disparaît quinze jours après l'opération; pendant longtemps encore, on retrouve des pierres biliaires dans les pansements.

Depuis l'opération, trois crises de coliques hépatiques (la troisième est celle dont souffre la malade à son entrée à l'hôpital) ; chaque fois, douleur intense dans le bras droit qui s'immobilise une fois pendant deux mois, l'autre fois pendant quinze jours.

En juin 1897, amaurose complète des deux yeux, pendant huit jours.

Jusqu'au 15 décembre les douleurs et l'immobilisation du bras persistèrent, avec des paroxysmes douloureux survenant vers 10 heures du matin et 6 heures du soir.

Le 15 décembre, dans la matinée, sorte de crise syncopale ; frisson, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, nausées, sensation de mort imminente.

Dans la nuit du 15 au 16 décembre, tout phénomène douloureux disparut subitement. L'hypéresthésie cutanée persista pendant quelques jours, ainsi que des douleurs très vives, partant de la région hépatique, qui nécessitèrent d'abord des piqûres de morphine, puis des piqûres d'eau distillée, qui furent aussi efficaces.

VI

(*Séance du 22 juillet*). — MM. Jeanselme et Leredde lisent un travail sur les *vésicules aberrantes du zona* à propos de trois cas qu'ils viennent d'observer à l'hôpital Saint-Louis.

Quelques cas existaient déjà dans la science, mais ils étaient peu connus et les dermatologistes eux-mêmes considéraient le zona comme ne présentant d'ordinaire qu'une éruption localisée à certains départements nerveux.

Or, en 1888, M. Boulland avait publié dans sa thèse l'observation d'une femme qui présentait, en même temps qu'un zona des 9e, 10e et 11e espaces intercostaux, une éruption de vésicules d'herpès disséminées sur le côté droit de l'abdomen, la face antérieure des cuisses, les seins, le bras droit et la commissure labiale gauche.

M. Tenneson a publié dans son *Traité clinique de dermatologie* un passage très intéressant sur la question.

« Il est un phénomène non encore signalé, qui établit un lien de plus entre le zona et l'herpès non systématique. Lorsque chez les malades atteints d'un zona aigu typique, on examine chaque jour la surface cutanée tout entière, on constate neuf fois sur dix ce que depuis longtemps, dans notre enseignement clinique, nous appelons les *vésicules aberrantes* du zona. Ce sont des vésicules semblables à celles du zona, mais isolées, distribuées irrégulièrement à de grandes distances les unes des autres sur toutes les parties du corps. Elles naissent successivement pendant plusieurs jours, sont toujours en très petit nombre et passent inaperçues quand on ne les recherche pas. »

La thèse de M. Molinié (1895) confirme la description de M. Tenneson et renferme quatre observations dont voici le résumé :

1° Zona cervical gauche. — Douze vésicules aberrantes sur le tronc.

2° Zona cervical droit. — Une vingtaine de vésicules aberrantes disséminées sur la région dorso-lombaire, l'aisselle gauche, la hanche droite, le pubis, l'aine gauche, la cuisse droite.

3° Zona génital à évolution normale, accompagné d'une éruption de quelques vésicules aberrantes sur le tronc et sur les membres.

4° Zona intercostal assez étendu avec vésicules aberrantes développées par poussées successives.

Voici maintenant le résumé des trois observations nouvelles :

S..., 16 ans, zona cervical gauche (région supérieure de l'omoplate en arrière, régions claviculaire et pectorale externe en avant et bras).

Nombreuses vésicules disséminées sur le tronc, à droite comme à gauche, les unes peu saillantes et d'une couleur rosée, les autres faisant une saillie bien nette et remplies d'un liquide clair.

L..., 69 ans, zona dorso-pectoral droit (tout le côté droit du thorax et la face interne du bras).

Nombreux éléments situés à droite et à gauche sur les flancs et les hanches.

J..., 42 ans, vaste zona thoracique droit, vésicules aberrantes nombreuses sur les régions dorsale, lombaire, fessière, trochantérienne et abdominale du côté droit ; du

côté gauche, vésicules sur le thorax, l'épaule, le bras, l'avant-bras, la région fessière et la face antérieure de la cuisse.

M. Le Gendre a dans son service en ce moment une femme qui y est entrée pour un zona intercostal droit. Huit jours après l'invasion de celui-ci, qui avait été précédé d'un mouvement fébrile et de vives douleurs, la malade, dont le zona était en pleine dessication, eut une nouvelle ascension thermique et accusa des douleurs dans la région anale et fessière ; peu après apparaissait à la partie inférieure de la fesse droite un bouquet de vésicules d'herpès sur une auréole érythémateuse.

M. Le Gendre rapproehe ce fait des observations de M. Jeanselme, et le compare aux poussées successives qui se font dans la varicelle et dans la fièvre herpétique.

VII

MM. Gilbert et E. Weil lisent deux observations où, sous l'influence d'une crise de colique hépatique, la glycosurie a diminué chez des diabétiques.

La première surtout est intéressante, où une crise courte, mais très douloureuse, amena une chute subite et momentanée de la glycosurie. Malheureusement, une injection de morphine a été pratiquée au moment de l'accès, qui rend peut-être un peu plus difficile l'interprétation des faits.

Mais dans la deuxième observation, nous voyons une diabétique demeurer longtemps en état subaigu de crise lithiasique. Pendant toute cette période, elle n'élimina qu'une faible quantité de glucose, tandis que, l'attaqne terminée, son taux de sucre s'élevait notablement. Ici,

aucun régime, aucune médication ne vint joindre son action à celle de la colique, et l'on n'a pas à en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

M. Le Gendre se demande si ces malades ont mangé ou ont eu la fièvre pendant la crise, car ces deux conditions auraient pu influencer la quantité du sucre, les douleurs amenant plutôt de la glycosurie.

M. Rendu, pour montrer l'influence du choc nerveux sur la présence du sucre dans les urines, raconte qu'un de ses clients, de 78 ans, est atteint depuis quatre ans d'une ostéite tuberculeuse du genou. L'état local était tellement mauvais, que les chirurgiens furent d'avis de pratiquer l'amputation ; les viscères étaient sains, l'appétit régulier, les urines exemptes d'albuminurie et de sucre.

La seule annonce de l'opération a tellement troublé le moral de la malade, que quarante-huit heures après, ses urines contenaient 82 grammes de sucre. On remet l'opération, le calme revient dans l'esprit du malade, dont les urines sont de nouveau normales.

On reparle de l'opération, le sucre reparaît (40 grammes par litre).

VIII

M. Netter vient rendre compte de ses recherches sur un symptôme spécial aux méningites, et principalement aux méningites cérébro-spinales. Ce symptôme, appelé signe de Kernig, du nom de l'auteur qui l'a décrit le premier, consiste en ceci :

Chez les sujets atteints de méningite et placés dans le décubitus dorsal, il n'existe habituellement pas de contracture des membres inférieurs, ceux-ci obéissant d'une

façon passive aux mouvements d'extension et de flexion qu'on leur imprime. Au contraire, lorsque l'on fait asseoir ces malades, on constate que les genoux se fléchissent ; si l'on essaie alors d'étendre les genoux du malade, on n'arrive pas à l'extension complète, et on est obligé de s'arrêter lorsque la jambe fait avec la cuisse un angle de 135 degrés ; quand le phénomène est très marqué, on ne peut même pas dépasser l'angle droit.

M. Netter a retrouvé ce signe dans 41 cas de méningites, et il a manqué dans 5 cas ; il existerait donc dans plus de 90 p. 100 des cas de méningites.

D^r Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

MÉDICAMENTS DE LA SPERMATORRHÉE, DE L'IMPUISSANCE ET DE LA FAIBLESSE GÉNITALE

Phosphori acidum. — Ce remède convient surtout aux effets chroniques des pertes séminales, tandis que Cinchona est préférable pour les effets aigus consécutifs, par exemple, à des pertes plusieurs nuits de suite. Avec Phosphori acidum il y a une faiblesse générale et des brûlures le long de la colonne vertébrale, pires la nuit. Les organes génitaux sont flasques, le pénis ne peut entrer en érection ou son érection est de trop courte durée et l'émission a lieu trop tôt. Il y a quelquefois de l'engourdissement du scrotum. Relâchement brusque du pénis pendant le coït; le malade est toujours très affecté de son état et se demande chaque fois s'il sera à même de remplir son

devoir viril. Il ne faut jamais donner ce remède que dans les cas chroniques et jamais au début.

Phosphorus. — Impuissance précédée d'une grande surexcitation sexuelle, écoulement de liquide prostatique en allant à la selle et pertes séminales fréquentes.

Acid picricum. — Sommeil troublé par des érections et pertes séminales trop fréquentes. Spermatorrhée avec grands désirs suivie d'une grande prostration. Les basses dilutions peuvent aggraver, il faut employer des dilutions élevées.

Gelsemium. — Relâchement général des organes génitaux, pertes nocturnes fréquentes éjaculations à la suite de la plus légère excitation. Il n'y a pas de rêves lascifs. Ce remède convient aux cas dus à la masturbation.

Dioscorea. — Émissions séminales atoniques, deux ou trois rêves par nuit avec perte séminale, le lendemain grande faiblesse dans les genoux : 12^e ou 30^e.

Digitalis. — Émission spermatique nocturne sans rêve 3^e trituration décimale.

Calcarea carbonica . — Sueurs nocturnes après chaque émission, grande faiblesse du corps et de l'esprit après le coït. Constitution délabrée, désirs sexuels excessifs, les pertes séminales arrivent plutôt le matin. Calcarea convient surtout aux jeunes gens qui grandissent rapidement.

Caladium. — Après une masturbation, le pénis est absolument mou, le prépuce n'a plus assez de contractivité pour reprendre sa place si on le ramène en arrière. Emissions nocturnes avec ou sans rêve. Indiqué à une période avancée quand il n'y a plus d'érections. Sueurs froides des organes génitaux.

Staphysagria. — C'est le remède des suites fâcheuses de

la masturbation, quand il y un grand amaigrissement, cercle bleuâtre autour des yeux, face blème humeur maussade et timidité. Il y a de l'hypochondrie et on s'arrête avec plaisir sur les sujets licencieux. Irritabilité de la portion prostatique de l'urèthre. Chez les femmes et les jeunes filles les organes sont aussi dans un état d'irritabilité particulière. Convient aux cas anciens lorsqu'il y a de l'anxiété au point de vue de sa santé.

Agnus castus. — Convient aux vieillards qui ont abusé de la vie. Ils ont encore des désirs mais sont impuissants. C'est aussi un bon remède dans l'impuissance paralytique, ou lorsque l'impuissance est consécutive à une blennorrhée. Il est utile aussi dans la mélancolie sexuelle et l'impuissance simple.

Nuphar lutea. — Absence de désirs sexuels, les pensées libidineuses ne produisent pas d'érection. Pertes séminales nocturnes. Spermatorrhée atonique.

Nux vomica. — Mauvais effets de la masturbation prématurée, le malade a des maux de tête, des émissions nocturnes fréquentes, surtout le matin, la digestion est difficile. Il y a bien des érections, mais elles ne sont pas sous le contrôle de l'esprit et elles peuvent cesser à n'importe quel moment pendant le coït. C'est un état qui s'observe surtout chez les citadins grands viveurs et grands buveurs.

Strychnine convient mieux que Nux quand il y a un grand épuisement, de la spermatorrhée par suite de pléthore et un désir irrésistible de se masturber. Atténuations élevées.

Sulphur. — Prostration complète et perte des désirs sexuels, le sperme est clair et aqueux; pendant le coït, il

s'échappe presque au premier contact; les organes génitaux sont relâchés, pertes nocturnes, troubles digestifs.

Conium. — Utile à cause de ses symptômes mentaux, c'est-à-dire l'hypochondrie, la mélancolie, l'irritabilité. Il n'y a pas l'irritabilité locale de Zincum. Sepia a de la faiblesse séminale avec éréthisme et émissions faciles. Conium est spécialement le remède quand les pertes nocturnes sont le résultat de la suppression des désirs sexuels naturels et qu'il y a des douleurs dans les testicules. Emissions à la plùs légère provocation.

Zincum. Ce remède correspond à l'abus prolongé des organes génitaux avec grande hyponchondrie. Le malade est pâle, les yeux sont cernés, les testicules sont appliqués contre l'anneau inguinal. On peut employer iturum quand il y a du désespoir.

Lycopodium. — Convient aux cas où l'impuissance est complète, les érections sont absentes ou défectueuses, les organes génitaux sont froids et ratatinés.

Kobalt. — Douleurs dorsales consécutives aux émissions séminales, Pertes épuisantes sans érections.

Salsaparilla. — Erections nocturnes, rêves lacsifs suivis de douleurs dans le dos et dans les cordons spermatiques, prostration, éjaculation sans sensation voluptueuse à la moindre excitation.

Selenium. — Les émissions séminales volontaires ou non aggravent l'état du malade ; le malade est si faible qu'il perd sa semence involontairement. Ecoulement de liquide prostatique en s'asseyant, pendant le sommeil, en marchant et en allant à la selle. Il est utile dans les cas avancés lorsque les organes sont très irritables.

Graphites. — Manque de sensation agréable pendant le coït, le sperme n'est pas éjaculé (*Dewey in Medical Century*).

LACHESIS DANS LE PROLAPSUS DU RECTUM.

Le Dr Bhaduri, de Calcutta, fut appelé à voir un malade qui souffrait horriblement d'un prolapsus du rectum. La contraction du sphincter empêchant de réduire l'intestin il se décide à le chloroformer mais, en attendant, il lui fit prendre Lachesis 30. Au bout d'une heure le prolapsus avait cédé et l'intestin avait repris de lui-même sa place (*Ann. Hom.*).

SILICEA DANS LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

Le Dr Keli a obtenu un succès dans un cas de fièvre intermittente avec Silicea. Le malade avait son accès de 8 à 10 heures du matin avec violent frisson, pendant lequel il accusait un froid glacial des pieds et des jambes jusqu'aux genoux. Puis la chaleur devenait excessive ainsi que la transpiration; pendant la période de chaleur le malade buvait des boissons chaudes. Silicea 30 donna d'abord une légère amélioration, puis, en deux jours, la 3e trituration du même médicament fit complètement disparaître la fièvre (*Ann. Hom.*).

TRAITEMENT DE L'URÉMIE.

D'après le Dr Cowperthwaite le traitement de l'urémie doit être le suivant :

Dès que des symptômes urémiques se montrent dans le cours d'une néphrite aiguë ou chronique, il faut porter toute son attention sur le régime, et sur l'état de la peau et des intestins. La nourriture animale sera défendue et remplacée par des farineux. Le repos sera ordonné pour éviter la production de déchets organiques dans les muscles. Comme l'urine est peu abondante, on essaiera d'augmenter l'activité de la peau et des intestins pour

soulager autant que possible les reins malades. On emploiera donc les bains chauds et les bains d'air chaud à cause de leur effet sudorifique. Il faudra dégager l'intestin par un purgatif salin ou s'il faut agir promptement avec de l'huile de croton. Comme boisson, on emploiera l'eau dès le début et l'eau distillée de préférence pour diluer le poison et le rendre moins toxique. Quant aux médicaments, il faudra s'adresser à ceux qui favorisent l'élimination par la peau, les reins et les intestins. Parmi les remèdes qui augmentent la quantité des urines la digitale est celui que l'on emploie le plus fréquemment, On peut le donner sous forme d'infusion ou en combinaison avec le strophantus et la nitroglycérine. Un autre remède qui est quelquefois très efficace c'est la théobromine donnée à la dose de 5 à 8 grains en capsules, elle augmente la quantité des urines à un degré marqué. On a employé la pilocarpine en injections hypodermiques à cause de son action sur la peau. Elle est contre-indiquée quand l'action du du cœur est faible.

Glonoïne est un bon remède pour les maux de tête de l'urémie s'accompagnant de tension artérielle élevée. Goodno a fortement conseillé l'arsenite de cuivre dans l'urémie, le D[r] Cowperthwaite n'a pas eu l'occasion de l'employer souvent, mais, dans un cas il lui a semblé, exercer une influence marquée sur les convulsions qui ont diminué et sur l'urine qui a augmenté en quantité.

Le chlorure d'or est un remède que l'on peut employer surtout dans la néphrite interstielle chronique quand l'urine pâle et abondante contient peu d'urée. Dans les cas graves, on peut être contraint d'employer le chloral et le bromure de potassium pour essayer d'enrayer les convulsions (*Hahnemannian Monthly*).

LYCOPUS DANS LE GOITRE EXOPHTALMIQUE.

Halbert publie un cas de goître exophtalmique dans lequel Lycopus lui a donné toute satisfaction. Il fait remarquer que c'est lui qui, le premier, a fait de cette affection une maladie du grand sympathique et il dit que l'excision des ganglions cervicaux peut peut être enrayer la marche de l'affection mais non pas la guérir (*The Clinique*).

LA SYMPTOMATOLOGIE DE L'ANTIPYRINE.

Action générale. — Abaissement rapide de la température. Apaisement de la douleur, altération de la forme des globules rouges du sang. Séparation et décomposition de l'hématine. Persistance de l'influence déprimante sur le cerveau. Diminution des oxydations. Action tonique sur le cœur. Congestion des capillaires.

Esprit, Anxiété. — Perte de la mémoire, perte de conscience, on est abattu ou rarement joyeux, grognon et irritable, on parle d'une manière saccadée, et tous les mouvements sont exécutés de la même manière.

Sensorium. — Engourdissements, sensation d'éclatement dans la tête qui vous rend presque fou. Prostration et vertige. On semble ivre. Sensation comme si l'intérieur du corps était rempli de glace.

Mal de tête. — Grande migraine, douleur dans le sinus frontal.

Œil. — Paupières fermées par suite d'une enflure érythémateuse. Diminution de la vision. Pupilles dilatées. Rougeur avec grande congestion. Congestion catarrhale avec grande enflure des paupières. Amaurose éphémère.

Oreilles. — Bruits d'oreilles avec beaucoup de congestion. Bourdonnements.

Nez. — Violents éternuements de longue durée. Coryza.

Irritation des fosses nasales. Odeur de cuivre qui n'est pas constante mais va et vient.

Bouche. — Démangeaisons et brûlures de la bouche surtout au palais. Goût de cuivre non constant.

Gorge. — Démangeaisons et brûlures. Enrouement, toux avec ou sans expectoration, sensation de constriction étroite, perte de la voix, enflure des cordes vocales qui donne la sensation de suffocation.

Appétit. — Anorexie, soif seulement le matin en se levant.

Estomac. — Vomissements, douleur à l'épigastre qui force à crier et à se courber en avant. Gastro-entérite. Sensation d'expansion dans l'estomac. Nausées avec ou sans vomissements. Sensation de brûlure dans le pharynx.

Urine. — Incontinence d'urine. Diminution de la quantfté. Grand excès d'azote comme dans la fièvre typhoïde.

Poitrine. — Douleur et serrement de la poitrine. Dyspnée. Sensation de tumeur au creux sus-sternal avec légère dypsnée. Respiration difficile et laborieuse ; par suite, impossibilité de coucher sur le dos.

Pouls. — Rapide et plein, s'élève et s'abaisse avec la température.

Dos et membres. — Enflure des membres. Œdème des bras et des mains. Douleurs dans les épaules qui gagnent le cou et les bras. Douleurs à l'aisne qui gagne la face inierne des cuisses. Douleurs de la région cardiaque à l'épaule gauche. Grand froid aux pieds avec collapsus. Grande douleur dans tous les membres.

Peau. — Sueurs profuses. Cyanose. Erythème qui commence dans les bras et gagne les parties inférieures du corps. Urticaire, surtout à la face externe des cuisses.

Enflure de la figure et des mains. Coloration livide de la face.

Fièvre. — Sensation intermittente de froid. Sueurs froides. Elévation rapide de température avec frisson. Forte fièvre le matin en se levant. (*Hahnemann Advocate*).

UNE EXPÉRIMENTATION D'ÉUONYMUS

Le médicament, préparé avec de la racine fraîche de la plante, fut donné à la dose d'une goutte de teinture, puis de dilution jusqu'à la quatrième, toutes les deux heures pendant trois semaines. Le sujet était un homme nerveux de 34 ans, très sobre, d'une bonne santé habituelle qui ignorait la nature de ce qu'il prenait. Voici les symptômes qu'il accusa : (quelques-uns se montrèrent après la cessation du médicament). Pendant la première semaine il se trouva très bien puis il commença à ressentir une fatigue générale. Relâchement léger de l'intestin. Obligé de se comprimer le ventre pour aller à la selle. Mauvais sommeil : agité la première partie de la nuit, éveillé de bonne heure le matin. Douleur dans la région hépatique. Douleur dans le poumon droit. Accusé d'être ivre dans la rue. Nausée et flatulence. Pire le matin. Mal de tête au-dessus et autour des yeux. Douleur au cœur. Palpitations en montant ou en descendant. Impossibilité de dormir plus de deux heures. Agité, ne peut dormir. Tête tellement lourde, pendant une semaine qu'il ne pouvait étudier. Difficulté de reprendre ses sens. Obligé de s'appliquer beaucoup pour répondre à une simple question. Quelques jours après avoir cessé le remède il croit que le foie est plus volumineux que de coutume, la région hépatique est plus sensible. Il est persuadé avoir une maladie de foie. Renvois gazeux en petite quantité qui ne diminuent pas

la flatulence. Constipé quelque temps après la cessation du remède et dans l'impossibilité de travailler pendant deux semaines (*American Homœopathist*).

D[r] G. NIMIER.

REVUE DES JOURNAUX

VERATRUM VIRIDE DANS L'ÉCLAMPSIE

M. Slvan a traité quatre cas d'éclampsie par le veratrum viride et a vu les convulsions cesser dès les premières doses du médicament en même temps que le pouls diminuait de fréquence et de tension. M. Slvan estime que le veratrum est un médicament puissant qui agit en diminuant la tension anormale du pouls, qui peut aussi prévenir les attaques d'éclampsie dans les cas où l'on doit les craindre. L'abaissement de la tension du pouls a lieu quinze minutes après l'injection et il faut attendre au moins trente minutes avant de répéter l'injection. (*Médecine moderne* 30 mars).

Quel est le mode d'administration et la dose du médicament ? la médecine moderne ne l'indique pas.

Un de nos confrères homœopathes américains emploie le veratrum viride dans l'éclampsie depuis de longues années. C'est une application absolument homœopathique.

Nous lisons dans sa pathogénésie (1) « Convulsion des

---

(1) P. JOUSSET, *éléments de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive*. T. II, page 823, article du D[r] Piedvache.

muscles de la face et du cou, des doigts et des orteils; la tête est entraînée d'un côté et l'une des commissures des lèvres abaissée. Les convulsions sont cloniques simulant une série de chocs galvaniques plus ou moins généralisés et souvent assez violents pour précipiter la malade hors de son lit.

« Dans l'empoisonnement aigu, le pouls est rapide, plein, large et dur. »

ACTION GALACTOGÈNE DU MASSAGE ABDOMINAL

Le massage abdominal qui produirait la diurèse dans l'asystolie (Cautru, Huchard) aurait une action favorable sur la sécrétion lactée. M. Moriz Shein a indiqué deux méthodes qui peuvent augmenter la sécrétion lactée chez les accouchées. La première consiste à masser la paroi abdominale de bas en haut vers les glandes mammaires une à deux fois par jour pendant une demi-heure, l'autre consiste dans des mouvements méthodiques de la respiration. On peut d'ailleurs combiner les deux méthodes et les associer aux galactogènes. Le massage abdominal employé dans ces conditions à la clinique obstétricale du professeur Schauta a donné de bons résultats. (*Médecine moderne* 13 juillet.)

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ PAR DES APPLICATIONS DE NITRATE DE PLOMB.

MM. Chailloux, Tardif et Monprofit ont tiré de l'oubli cet ancien traitement de l'ongle incarné.

A l'aide d'une spatule ou simplement avec un bout d'allumette on insinue entre l'ongle et le bourrelet fongueux jusqu'au fond de la rainure périunguéale, une couche d'ouate qui doit être suffisamment longue pour que sa partie libre puisse recouvrir l'ongle entier. Ceci fait, on roule entre les doigts une mèche de coton que l'on place longitudinalement, c'est-à-dire parallèlement à la gouttière unguéale, à la limite où l'on juge les chairs saines. On obtient ainsi une espèce de gouttière, occupée par le bourrelet fongueux, qu'on saupoudre de nitrate de plomb bien tassé; puis on rabat l'ouate qui recouvre l'ongle sur la mèche placée latéralement à l'orteil, on recouvre le tout d'un peu d'ouate et l'on fixe le pansement au moyen d'une bande de tarlatane mouillée. Ce pansement est quotidiennement renouvelé; au bout de trois ou quatre jours les fongosités se trouvent remplacées par un tissu d'aspect parcheminé et l'on peut alors apercevoir le bord incarné de l'ongle. A partir de ce moment on cesse l'usage du nitrate de plomb et on s'applique à relever le bord de l'ongle en glissant pardessous un peu d'ouate, ce à quoi l'on parvient en une ou deux séances. Dès lors l'ongle croît dans la direction normale, à condition que le malade en surveille le développement et continue à le soulever avec du coton. En cas de récidive, le même traitement donne un résultat tout aussi rapide. (*Semaine médicale* 30 mars.)

ACCIDENTS ÉRUPTIFS DUS A L'EXALGINE.

M. Linossier fait la communication suivante à la Société thérapeutique.

Une jeune femme de trente-cinq ans, neuro-arthritique et atteinte de lithiase biliaire, prédisposée de ce fait aux éruptions médicamenteuses, mais ne présentant dans ses urines ni sucre ni albumine, ingère 0 gr. 25 centigr. d'exalgine pour combattre une céphalée. Deux heures environ après la prise du médicament apparaît un érythème généralisé en larges placards sur lesquels se voient en certains points de larges bulles contenant de la sérosité claire. Cet érythème est douloureux à la pression, mais ne détermine aucune sensation prurigineuse. Sur les muqueuses vaginale et anale, même éruption bulleuse qui donne naissance à des ulcérations tenaces. On retrouve l'éruption au niveau de la cavité bucco-pharyngée; la malade éprouve le long du trajet du tube digestif une sensation de brûlure intense.

Cette éruption rappelle en résumé l'aspect des éruptions dues à l'antipyrine, auxquelles notre malade était d'ailleurs sujette.

Pour M. Bardet la dose de 0 gr. 25 centigr. doit être considérée comme la dose maxima d'exalgine qu'il convient de donner en vingt-quatre heures. La dose de 0 gr. 40 cent. conseillée dans les formulaires est à son avis très exagérée. (*Semaine médicale*, 30 mars.)

TRAITEMENT DES PHLEGMONS PAR LE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE.

M. le Dr E. Monti (de Pavie) a trouvé que les injections sous-cutanées de sérum antidiphérique exercent une in-

fluence des plus favorables sur la marche des inflammations phlegmoneuses, et notamment sur les phlegmons gangréneux. Lorsque le processus morbide n'a pas encore dépassé la période de la simple infiltration inflammatoire, on voit, douze à vingt-quatre heures après l'injection de sérum, diminuer la fièvre, la tuméfaction, la douleur et la prostration ; la guérison survient en une dizaine de jours. S'il existe déjà de la suppuration et de la gangrène de certaines parties de la peau, il est en outre nécessaire de pratiquer une incision plus ou moins étendue du phlegmon ; même dans ces cas l'évolution du processus morbide se trouve favorablement influencée par la sérothérapie : la température s'abaisse, les parties nécrosées se détachent rapidement, la suppuration tarit peu à peu, l'état général s'améliore et le malade guérit en un espace de temps relativement court. Sur 31 cas de phlegmon, pour la plupart très graves, qui ont été traités à l'hôpital de Pavie par le sérum antidiphtérique, aucun ne s'est terminé par la mort. Or, antérieurement à ces essais sérothérapiques, la mortalité des phlegmons gangréneux avait été au même hôpital de 45 à 80 p. 100.

M. Monti attribue les bons effets du sérum antidiphtérique dans les phlegmons à l'action stimulante exercée par ce remède sur l'énergie vitale de tous les éléments cellulaires de l'organisme.

(*Semaine médicale*, 6 juillet.)

TRAITEMENT MÉCANIQUE DE LA BRONCHO-PNEUMONIE INFANTILE

Chez les enfants arrivés à la période ultime de la broncho-pneumonie, avec perte de connaissance et asphyxie graduelle, un médecin suisse, M. le Dr Treuthard (de Cossonay), s'est bien trouvé du traitement mécanique suivant :

On pratique la respiration artificielle et le massage de tout le corps avec des flanelles imbibées de vin très chaud, en tenant constamment l'enfant sur les bras, dans la position horizontale et la face en bas. On a soin d'enlever les mucosités à mesure qu'elles s'accumulent dans la bouche et d'empêcher le petit malade de s'endormir de nouveau lorsqu'on a réussi à lui faire reprendre connaissance. Par ces manœuvres continuées avec persévérance, parfois pendant plus de quarante-huit heures, notre confrère a pu sauver nombre d'enfants dont l'état semblait désespéré.

(*Semaine médicale*, 28 juillet.)

L'ASTHME D'ORIGINE VÉSICALE ET SON TRAITEMENT.

D'après M. le Dr J. Pawinski (de Varsovie), il existerait une forme particulière d'asthme due à une auto-intoxication résultant de la rétention chronique d'urine, telle qu'on l'observe chez les sujets atteints d'hypertrophie de la prostate. Ce trouble respiratoire peut revêtir des formes variées. Tantôt on se trouve en présence de symptômes rappelant l'asthme cardiaque, et qui peuvent s'accompagner de sensations douloureuses à la région précordiale.

D'autres fois la respiration prend le type de Cheyne-Stokes. Il peut également s'agir d'une dyspnée purement subjective, c'est-à-dire que les malades se plaignent d'oppression, de gêne de la respiration, sans que le nombre de leurs mouvements respiratoires soit réellement augmenté. Inversement, dans d'autres cas, la respiration est plus ou moins accélérée, mais le sujet ne s'en ressent que peu ou point. Enfin, on voit survenir parfois une paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs par suite d'une altération des noyaux d'origine des nerfs laryngés inférieurs.

Mais, quel que soit le genre des troubles respiratoires d'origine vésicale, jamais ils n'affectent la forme d'un asthme bronchique typique. Ils ne cèdent pas, du reste, aux médicaments narcotiques ou cardiaques, tandis qu'ils disparaissent ou qu'ils diminuent tout au moins si l'on prend soin de bien vider la vessie.

(*Semaine médicale*, 6 juillet).

BIBLIOGRAPHIE

ETUDE DE LA TUBERCULOSE PRIMITIVE DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

M. le Dr Joly, interne de l'hôpital Saint-Jacques, vient de publier un travail intéressant sur ce sujet (1) ; après un historique complet de la question, il traite successivement et avec beaucoup de détails l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic et le traitement de cette affection, qui est plus fréquente qu'on ne le croit.

Au point de vue étiologique, nous retrouvons là, comme pour toutes les tuberculoses, la question de la contagion et de l'hérédité. M. Joly a passé en revue ces diverses questions et à propos de la contagion directe, cohabitation avec un homme atteint de tuberculose et surtout de tuberculose génitale, il dit sagement avec Pozzi qu'un assez grand nombre de cas se rencontrant chez les vierges, il n'y a pas possibilité d'accepter la contagion habituelle par le coït.

Il est plus rationnel d'admettre, dans ce cas au moins, que la tuberculose a pu se déclarer du côté des annexes utérines qui pouvaient être antérieurement le siège d'une inflammation de nature non tuberculeuse ; dans ce cas la tuberculose pourrait bien se montrer aussi sous l'influence de l'hérédité.

Au chapitre symptôme, nous voyons combien il est difficile de se rendre compte dans le plus grand nombre

(1) Thèse de Paris, in-8° H. Jouve.

des cas de la nature tuberculeuse de l'affection et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici une partie des conclusions de l'auteur.

« Le tableau symptomatique se rapproche beaucoup dans les grands traits, de celui des salpingo-ovarite simplement inflammatoire.

« Quelques symptômes, que certains auteurs ont cru pathognomoniques, ne se différencient pas assez de la marche ordinaire du processus inflammatoire.

« Le diagnostic, toujours très difficile, peut être porté par les antécédents héréditaires de la malade, son âge, l'absence des commémoratifs étiologiques de la salpingite ordinaire, la répétition des poussées de pelvi péritonite et l'affaiblissement rapide de l'état général, la cachexie précoce, qui contrastent avec l'intégrité du parenchyme pulmonaire, par l'examen microscopique du pus. »

Au point de vue du traitement, M. Joly dit que la laparotomie est le procédé opératoire de choix et cependant, dans son observation I, celle qui lui est personnelle et qui a été le point de départ de sa thèse, mon ami Le Bec a enlevé les annexes par la voie vaginale. Je crois que, sur ce point, il est difficile d'établir une règle fixe. On opérera au moyen de la laparotomie ou par l'incision du cul-de-sac postérieur suivant les cas et même, ajouterons-nous les chirurgiens sont très divisés sur la question, les uns plus partisans d'une opération, les autres pratiquant l'autre presque exclusivement.

Quoi-qu'il en soit, nous nous trouvons en présence d'une thèse qui présente un véritable intérêt.

D[r] MARC JOUSSET

VARIÉTÉS

—

CONTRE LA DOCTRINE DE LA CONTAGION DE LA TUBERCULOSE

Est-ce une réaction qui commence? Le bon sens des médecins viendrait-il à se révolter contre les exagérations de la doctrine contagionniste de la tuberculose? Commence-t-on à comprendre combien il est cruel d'aggraver encore la triste position des phtisiques en les présentant comme une cause puissante de contagion, et en s'efforçant de créer pour eux de nouvelles léproseries? Toujours est-il que nous avons cru devoir reproduire l'article ci-dessous qui s'attaque vigoureusement aux préjugés du jour et aux hommes qu'on est convenu d'appeler les princes de la science.

Contagiosité de la tuberculose.

La vérité, pour entrer en France, a dû passer à la douane dans un fromage de gruyère. C'est un Suisse, en effet, le Dr Revilliod (de Genève), qui, au Congrès de médecine, a jeté ce pavé dans la discussion :

« La contagion de la tuberculose a fait son temps; pour ma part, je ne l'ai jamais observée. »

Abritons-nous d'abord sous le parapluie de l'Histoire.

En 1869, Lancereaux fit écrire une thèse sur la contagion de la tuberculose. Cette thèse fut accueillie à la Faculté comme on accueille un chien dans un jeu de quilles. Une quinzaine d'années plus tard, l'agrégé Debove remplaçant Lasègue, avec ce sens opportuniste de l'actualité qui crée les notoriétés passagères, jugea qu'un autre vent soufflait

et confia à ce zéphyr quelques feuilles où se proclamait la contagion. Immédiatement, sans prendre le temps de chausser ses lunettes, la Faculté lui décerna un prix de 10.000 francs. C'est que, dans l'intervalle, grâce au professeur Bouchard, la notion de la contagion était devenue officielle.

Dans la plaidoirie de Debove, l'argumentation est celle de Phryné. La seule différence, c'est que les charmes que l'auteur met à nu sont ceux de son imagination. Quant aux faits eux-mêmes, piqués comme des clous d'or sur le tissu chatoyant du style, ils ont du reflet ; et il faut être du métier pour s'apercevoir qu'ils sont en toc.

L'observation qui fait type, celle qu'on cite, celle qui démontre l'irréfutable contagion, c'est la fameuse observation de Marfan.

J'en demande pardon à Marfan. Mais si un de ses externes lui présentait une pareille observation, il le renverrait évidemment à l'école du soir.

L'observation de Marfan rappelle la ballade du « jeune homme empoisonné ». Seulement le jeune homme est ici plusieurs, et le poison n'est autre que le fâcheux bacille. Dans le bureau de la rue Saint-Honoré où les malheureux garçons travaillaient de leur plume, la contagion étalée par terre dans les rainures du plancher s'élevait à leurs poumons par le balayage. Avec décision, Marfan fit enlever le parquet.

Il ne manque à cette observation qu'un morceau, celui qui la rendrait convaincante. On n'aurait qu'à s'incliner si l'on y trouvait par exemple les phrases suivantes : « Le bureau, clair et bien aéré, se chauffait l'hiver par une cheminée monumentale. Tous les employés, d'une exquise sobriété, étaient mariés à des filles de colonels, élevées à

Saint-Denis, qui les nourrissaient abondamment et savaient par leur aimable commerce les retenir loin du café. Ils faisaient tous partie de la Société de gymnastique « la Transpirante, d'Asnières », et, habitués à se laver dans un tub, ils ne se couchaient jamais sans avoir fait une demi-heure d'haltères avec des chaises. »

Faute de ces renseignements, la contagion perd d'autant plus sa preuve qu'on soupçonne immédiatement les habitudes des soi-disant contagionnés d'être tout à fait différentes. Et rien ne nous dit que si l'élève de première année qui a rédigé l'observation de Marfan avait mieux fait son enquête, il n'eût pas mis ceci dans son procès-verbal : « Chaque jour, en sortant de leur sombre et sale boîte, ces ronds de-cuir se rendaient aussitôt au café des Archiducs, boulevard de la Chopinette. Et là, de cinq heures du soir à une heure du matin, ils jouaient l'apéritif à la manille aux enchères. Si bien qu'à l'heure où le garçon met les chaises sur les tables, chacun d'eux avait absorbé, outre un sandwich et un demi en guise de dîner, deux picons menthe, une absinthe anisée et une demi-douzaine de turins angustura. »

Aucune des 111 observations mobilisées à grand'peine par Musgrave-Clay, n'est assez explicite pour qu'on puisse lui accorder la moindre confiance.

Quant à la transmission de la phtisie par le lait, par le beurre et par la viande, c'est une scie qu'on monte dans les laboratoires ; mais les médecins ne « marchent » pas. Il n'y a pas de faits, il n'y en a pas un seul ! Et si l'on nous parle encore de phtisies rencontrées dans une entrecôte, nous répondrons par l'histoire de la princesse qui se cassa une dent sur un bouton de culotte trouvé dans son œuf à la coque..

Je crois à la tuberculose par contagion. Je crois même en avoir observé un cas. Il est vrai que c'était chez un médecin, et que les médecins se doivent de ne pas devenir malades par un procédé ordinaire. D'autre part, Lancereaux, sur 3.000 observations personnelles avec enquête étiologique, en a trouvé 23 où la contagion était, non pas certaine, mais admissible. Seulement...

Seulement, à moins que la conception de la spécificité ne soit qu'une fumée, la tuberculose par contagion, si elle existe, doit avoir une anatomie pathologique spéciale et une évolution qui soit bien sienne...

Nous attendons qu'on nous instruise.

Je sais bien que, pour plusieurs, nous faisons de la théologie, et non de la médecine. Mais il ne nous déplaît pas autrement de passer pour avoir la foi.

Il est incontestable que, dans tous les cas, un parasite est l'agent de la lésion. Sa découverte a substitué une notion positive à des hypothèses de métaphysique sur la nature du tubercule. Manifestement, le bacille vient des crachats. Manifestement, il est inspiré avec l'air, ou dégluti ; — mais, à chaque instant, et par tout le monde.

Or, voici deux tuberculeux. Chez l'un, quelques signes sont à peine perceptibles sous la clavicule gauche ; chez l'autre, il y a des râles et de la matité sur l'omoplate droite. Le premier est perdu ; quoi qu'on fasse, il mourra rapidement. Le second guérira, s'il devient sage et s'il a 4 sous.

S'ils meurent tous deux, leurs poumons sur la table se ressemblent comme le nez de ma grand'mère et une tasse à café.

Voilà donc deux maladies de siège différent, radicalement distinctes par leur évolution, à lésions très lointainement comparables. Que vient-on nous raconter que

c'est la même contagion qui a engendré ces deux filles-là ? Avez-vous vu un basset et un terre-neuve dans la même portée ?

Le clinicien a reconnu chez le premier un prisonnier de l'atelier ou du bureau ; chez le second, un ivrogne. Donnez les poumons à un anatomiste, il lira sur l'un le sédentarisme, sur l'autre la boisson.

Les voilà, les formes de la phtisie chronique. Il y en a plusieurs autres que nous connaissons. Sûrement, il y en a d'autres encore, dont les caractères anatomo-cliniques ne sont pas établis.

La tuberculose par contagion est dans ce dernier tas.

Pendant ce temps là, le Département de la Santé Publique, chef-lieu Brouardel, sous-préfecture, Grancher, s'occupe d'isoler les tuberculeux.

(*Journal de Médecine interne*, 15 mai 1898).

On rendra peut être un jour *à l'école de l'Art médical* ce témoignage, que tout en tenant en haute estime les découvertes de la bactériologie, elle a toujours su se tenir en garde contre les exagérations et les emballements de cette science nouvelle. Si, depuis des années, nous étudions dans nos laboratoires le bacille de Koch et ses toxines, si nous recherchons patiemment tout ce qui peut servir à la prophylaxie et à la thérapeutique de la tuberculose, nous avons toujours mené campagne contre ces contagionnistes qui s'obstinent dans la croyance que le mode de transmission le plus fréquent de la tuberculose est la dissémination dans l'atmosphère de la poussière des crachats desséchés. C'est en vain qu'un grand nombre d'expérimentateurs ont démontré qu'en dehors de l'inoculation, de l'insufflation des poussières dans la trachée, et surtout

de la respiration de pulvérisation d'eau contenant le bacille de Koch, la transmission par ingesta et par respiration libre des poussières desséchées est une quantité absolument négligeable.

D[r] P. JOUSSET.

ÉTAT DE L'HOMŒOPATHIE AUX ÉTATS-UNIS

A la fin de l'année 1897 voici quel était l'état de l'homœopathie aux États-Unis d'après les transactions de la cinquante-troisième session de l'American Institute of Homœopathy :

Sociétés médicales homœopathiques nationales. . .	9
Sociétés médicales homœopathiques sectionnelles. .	2
Sociétés médicales homœopathiques d'Etats.	33
Sociétés médicales homœopathiques locales.	85
Clubs médicaux homœopathiques.	39
Hôpitaux homœopathiques généraux.	66
Hôpitaux homœopathiques spéciaux.	74
Dispensaires homœopathiques.	57
Collèges homœopathiques.	20
Journaux médicaux d'homœopathie.	31

Qu'avons-nous en Europe pour mettre en comparaison avec ce magnifique tableau des progrès de l'homœopathie dans le Nouveau-Monde ?

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

L'ART MÉDICAL

SEPTEMBRE 1898

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'URINES STÉRILISÉES EMPRUNTÉES A UN TUBERCULEUX CACHECTIQUE AVEC FIÈVRE.

(Travail du laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques).

Dans le numéro de l'*Art Médical* de juillet 1898, nous avons rendu compte de nos expériences sur le traitement de la tuberculose expérimentale par les injections hypodermiques de culture pure de tuberculose *au trillionième*, nous avons obtenu sur un certain nombre de cobayes (deux sur six) une survie de deux mois et même de six mois sur le témoin, l'absence de fièvre pendant de longs mois, et l'augmentation considérable du poids initial. Ces résultats, comparables à ceux obtenus par les injections de tuberculose non pyrétogènes de Klebs, permettent-ils une conclusion ferme en thérapeutique?

Nous ne le croyons pas.

Premièrement, tous nos animaux sont morts tuberculeux : donc nous devons conclure que les injections de Klebs et de culture pure ne sont pas curatives.

Sont-elles palliatives?

Sans doute, nous avons obtenu des survies très prolongées, et chez l'homme nous avons plusieurs cas où l'usage d'injections de tuberculine de Klebs tous les huit

jours, puis tous les quinze jours, a été suivi d'une amélioration durable de tous les symptômes; mais il est nécessaire dans toutes ces questions de thérapeutique de tenir un compte considérable de la résistance individuelle et des formes de la phthisie chez l'homme, aussi n'acceptons-nous que sous toute réserve les résultats relativement favorables que nous avons obtenus.

Dans ces circonstances, nous avons résolu d'essayer un nouveau liquide d'injection : les urines stérilisées d'un malade atteint de phthisie manifeste, ayant une expectoration avec bacilles de Koch, des cavernes et une fièvre hectique bien établie : nous avons pensé que les urines de ce malade contenaient non seulement la toxine tuberculeuse, mais encore les toxines des microbes de la fièvre hectique. Nous pensions donc avoir trouvé là un liquide correspondant à la fois et au bacille de Koch et aux différents microbes qui lui sont associés à la période de cachexie avec fièvre, — eh bien, les résultats n'ont pas répondu à notre attente ; nous allons résumer très brièvement nos expérimentations.

Les urines ont été prises chez un malade soumis au régime lacté absolu pendant vingt-quatre heures. Ces urines ont été stérilisées par des chauffes successives comme pour le sérum, elles se sont conservées sans aucun trouble pendant des mois et n'ont jamais déterminé le moindre accident ni chez l'homme, ni chez les animaux.

I. — *Expériences sur les cobayes.*

1° Dans une première série, quatre cobayes furent inoculés avec une trituration dans de l'eau stérilisée d'un poumon tuberculeux pris sur un cobaye tué par une culture pure, cette préparation était extrêmement virulente.

Le *témoin* présente une fièvre continue : 40 degrés; il commence à maigrir un mois après l'inoculation et succombe un mois et dix-sept jours après l'inoculation, ayant perdu 69 grammes de son poids.

Le *cobaye n° 1* reçut, tous les cinq jours, un demi centimètre cube d'une urine stérilisée, empruntée à un phthisique cachectique et fébricitant. Cette urine fut additionnée de partie égale d'eau stérilisée.

Ce cobaye, après la seconde injection, présente une température normale 39°,5 et même 39°,2 et 38°,8 ; il remonte à 40 six jours avant sa mort qui eut lieu dans le collapsus à 35°,5. Ce cobaye augmente d'abord de poids : 10 à 5 grammes les premiers jours du traitement, puis il s'amaigrit brusquement : 55 grammes quinze jours après le début du traitement, et succomba deux mois et trois semaines après l'inoculation ayant perdu 100 grammes de son poids ; il survécut plus d'un mois au témoin, exactement trente-quatre jours.

Le *cobaye n° 2* fut soumis au même traitement; il éprouva aussi un abaissement de température après la première injection 39°,8 et 39°,5, il mourut dans le collapsus 37°, quatorze jours avant le témoin, ayant perdu 75 grammes de son poids.

Le *cobaye n° 3* succomba aussi avant le témoin (deux jours); sa température s'abaissa à 39°,5 pendant cinq jours ; remonta une fois à 40°, puis redescend à 39°,5 et 39°,8, il mourut dans le collapsus à 37°, étant remonté à 40° depuis plusieurs jours.

Ce cobaye, après la troisième injection d'urine, augmenta un peu de poids, 15 grammes, puis il diminua rapidement et mourut à la fin de la sixième semaine, ayant perdu 100 grammes de son poids.

En résumé, un seul cobaye eût sur le témoin une survie notable, trente jours; mais tous eurent un *abaissement de température*, phénomène que nous retrouverons chez l'homme.

J'ajoute deux remarques : la première, c'est que la préparation de tubercule, qui a servi aux inoculations, était très virulente, comme le démontre l'histoire du témoin; la seconde, c'est que le traitement a été commencé très tard, trois semaines après l'inoculation.

Si on était tenté de penser que le traitement par les injections d'urine stérilisée a été nuisible, nous répondrons par les expériences suivantes :

Un certain nombre de cobayes furent inoculés avec une culture sur pomme de terre absolument nulle, comme nous nous en sommes assurés en sacrifiant huit cobayes inoculés depuis trois mois avec cette culture et ne présentant aucune lésion tuberculeuse. Un certain nombre de ces cobayes ont été soumis aux injections d'urine et n'ont présenté aucuns symptômes.

Voici encore l'histoire de deux cobayes inoculés, l'un avec un crachat riche en bacille, et l'autre avec de la pulpe de rate d'un cobaye rendu tuberculeux. Chez ces deux cobayes, la survie a été beaucoup plus longue que chez les cobayes de la première série; mais ici le traitement a été mixte, et, pendant trois semaines, ils ont été traités par des injections de culture de tuberculose au millionième.

Cobaye n° 2 inoculé le 30 janvier 1898 avec de la pulpe de rate de cobaye tubereuleux, traité d'abord par des injections de culture pure de tuberculose, puis, depuis le 27 février, par les urines stérilisées d'un phthisique comme le précédent. Ce cobaye est mort le 24 juillet, cinq mois

et vingt-et-un jours après l'inoculation, ayant perdu 225 grammes de son poids; poids initial 515 grammes, poids, le 24 juillet, 290 grammes.

Cobaye n° 5 inoculé le 22 février avec un crachat riche en bacille traité d'abord par des injections de culture pure au millionième, puis par les urines stérilisées d'un phthisique, à partir du 11 mars.

Ce cobaye est mort, le 18 juillet, cinq mois après l'inoculation de la tuberculose, ayant perdu 215 grammes de son poids ; poids initial 625 grammes, poids à sa mort 410 grammes.

Peut-être l'association du traitement par la culture pure et les urines stérilisées donnerait-elle des résultats plus satisfaisants que ceux fournis par l'usage séparé de ces deux liquides. J'institue des expériences à ce point de vue.

Voici maintenant quelques notes sur les injections d'*urines stérilisées* chez les phthisiques arrivés à la cachexie :

Observation

I. — *Phthisie-Injection de Klebs, de suc pulmonaire et d'urine stérilisée.*

L..., âgé de 49 ans, est entré à l'hôpital le 5 janvier 1897. Couché d'abord au n° 7 de la grande salle, il fut ensuite transporté au n° 2 de la petite salle.

Cet homme est malade déjà depuis longtemps. Il porte une excavation au sommet droit du poumon : toux très fréquente, expectoration abondante contenant le bacille de Koch, état fébrile irrégulier. La température dépasse, de temps à autre, 38°.

Ce malade fut soumis, à partir du 7 janvier, à des injec-

tions de la tuberculine non phlogogène de Klebs, 25 milligrammes chaque fois. Ces injections furent faites deux fois la semaine. Dans le commencement, ces injections étaient suivies le soir même ou le lendemain d'une augmentation de température. Bientôt cette légère réaction disparut, la température s'éleva plus rarement au-dessus de 38°, le soir.

A partir du 28 avril 1897, le malade reçut, au lieu de Klebs, deux centimètres cubes de suc pulmonaire tous les trois jours. Ce traitement fut continué jusqu'au 31 mai, c'est-à-dire un peu plus d'un mois. Ces injections n'excitèrent aucune réaction. En général, la température fut moins élevée et ne dépassa pas 37°,5. Le Klebs fut repris le 3 juin et continué jusqu'en avril 1898. Les injections furent pratiquées tous les cinq jours d'abord, puis tous les huit jours. La température ne dépassa guère 37°,2, le soir pendant les mois de juin, de juillet; de même pendant le mois d'août, de septembre, d'octobre, de novembre, de décembre, de janvier 1898.

En février 1898, deux fois la température dépassa 38° le 11 et le 25, quoique rien ne fut changé au traitement. Pendant le mois de mars, la température redevint bonne 37°,2 et 37°,5 le soir.

Cependant, depuis le mois de novembre, le malade s'affaiblissait et maigrissait encore. De 109 livres, il était tombé le 17 mars 1898 à 104 livres. La toux était incessante, surtout la nuit, l'expectoration puriforme très abondante, la dyspnée avait aussi augmenté et présentait de temps à autre de vrais accès de suffocation qui duraient plusieurs jours et diminuaient avec ipéca.

A partir du 1er avril, la température s'éleva et dépassa presque chaque soir 38°,2, 38°,5.

Le 6 avril survint une hémoptysie moyenne qui céda au bout de trente-six heures à ipeca et millefolium, alternés, première trituration décimale. Le 11 avril, le malade était très affaibli, il avait la fièvre tous les soirs et restait très oppressé. Je lui injectai un centimètre cube d'urine stérilisée (urine de phtisique). Le lendemain la fièvre tomba. Quatre jours après, elle descendit même à 35°9, puis remonta à 36°5 et 17°5 le soir, le 17 avril. Elle retomba de nouveau le 18 avril à 35°8, se releva le 19 et le malade mourut le 20, dans le collapsus.

Remarques. — Ce cas est un exemple de l'influence favorable des injections de *Klebs* sur la marche de la phthisie, influence favorable qui malheureusement s'épuisa. Les injections *de suc pulmonaire* ont été sans effet appréciable ; enfin les injections *d'urines stérilisées*, faites *in extremis* ont abaissé la température, sans pouvoir retarder le dénouement fatal.

Cette observation et la suivante sont de simples notes destinées à servir à l'histoire de l'action thérapeutique de l'urine de phtisiques stérilisée dans la phtisie. Ce sont de simples notes parce que ces deux malades ne m'ont été confiés que quelques semaines avant leur mort et dans un état de cachexie et de fièvre qui rendait illusoire toute tentative de guérison.

Observation II.

F. M..., âgé de 23 ans, entré à l'hôpital Saint-Jacques le 28 décembre 1897, couché au n° 7 de la grande salle.

Dès son entrée cet homme présentait le tracé caractéristique de la fièvre hectique. Il fut d'abord un peu amélioré par le repos et la bonne nourriture, mais la fièvre

hectique ne cessa jamais. L'amaigrissement et la perte des forces s'accentuaient de plus en plus.

Le 21 mai, sur sa demande, je lui injectai un centimètre cube d'urine de phtisique stérilisée. Pendant deux jours, la température baissa à 36°8 puis, après, une grande oscillation le troisième jour 38°5, la fièvre cessa totalement. Les grandes oscillations disparurent. La température resta à 37°5, la première semaine. Pendant quatre jours elle s'éleva très progressivement de 37 à 37°8; enfin, neuf jours après la piqûre, elle atteignit 38°8 et le lendemain le malade mourait dans le colapsus à 35°8.

Observation III.

Très analogue à la précédente, G. C..., 26 ans, entré le 23 mars 1898 nº 8 de la salle des hommes. Amaigrissement, cachexie, fièvre hectique, température entre 38° et 39° sans grandes oscillations.

La première injection d'urine stérilisée fut faite le 23 avril. La température décrivit de grandes oscillations de 37°8 à 39°2.

Quinze jours après cette première piqûre la température descendit définitivement entre 37° et 38°. Une seconde piqûre fut pratiquée le 17 mai. Le malade était sans fièvre et avait le sentiment du mieux. Il mangeait et se levait un peu; après cette seconde injection la température remonta et atteignit 38°5, le 20 mai, trois jours après la seconde piqûre. Elle redescendit au-dessous de 38° pendant deux jours. Le 28, elle s'éleva subitement à 38°5. Trois jours après l'apyrexie reparut de nouveau. Le malade se croyait mieux. Il mourut presque subitement comme cela arrive souvent aux phtisiques.

Remarques. — Dans ces deux observations un notable

abaissement de la température a suivi les injections d'*urines stérilisées*. Dans la troisième observation, l'appétit est revenu, la malade a pu se lever nous avons eu enfin une *apparence* d'amélioration qui n'a pas duré.

Observation IV.

Etat cachectique, fièvre hectique, tuberculose ramollie au sommet droit avec bronchites fréquentes.

Cette femme fut soumise d'abord à des injections de Klebs pendant les mois de décembre et, janvier, et à partir du 25 avril, on lui fit jusqu'à sa mort, arrivée le 22 juin, quatre piqûres d'urine stérilisée, environ tous les vingt-cinq jours.

Son état s'améliora sous l'influence des piqûres de Klebs ; elle ne perdit pas de son poids ; pendant les mois de décembre, de janvier, de février, elle ne présenta pas de fièvre. Au mois de mars sa température atteignit souvent 38° le soir, et, au mois d'avril, son état s'aggrava progressivement, diminution de l'appétit, des forces; signes de ramollissement avec gros râles muqueux dans le sommet droit, état fébrile habituel, je me décidai à employer des injections d'urine stérilisée qui n'opérèrent aucune amélioration. La malade étant sortie le 20 pour plusieurs jours et ayant éprouvé de grandes fatigues, l'aggravation s'accentua et ne s'arrêta plus : grandes oscillations 37°5 à 39°5, amaigrissement, perte continue des forces et de l'appétit, grande extension de la lésion au poumon droit, mort le 23 juin.

En résumé, les injections d'urine stérilisée de phthisique, n'ont jamais empêché l'évolution fatale de la maladie ; il est vrai que ces injections ont été, et pour cause,

pratiquées sur des malades presque agonisants. Aujourd'hui que je me suis assuré de l'entière inocuité de ce nouveau mode de traitement, je n'hésiterais pas à l'employer chez des malades moins avancés. Comme chez les cobayes, l'effet constant de ces injections a été un abaissement de température.

D[r] P. JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'ICTÈRE ET DE LA LITHIASE BILIAIRE

L'ictère consiste en une coloration jaune plus ou moins remarquable de la peau, causée par le dépôt des éléments colorants de la bile sur la surface du corps. L'imbibition des tissus par les matières colorantes de la bile se trouve dans un grand nombre de maladies. La condition de son origine est double : ou l'écoulement de la bile dans les voies de la bile est empêché mécaniquement ou la bile formée au foie est retenue dans les cellules du foie (ictère hépatogène) et elle passe dans le sang par les veines et les vaisseaux lymphatiques du foie (*ictère mécanique*, *ictère de stase*, *ictère de résorption*),ou les voies cholédoques sont complètement libres et l'ictère se forme par destruction des corpuscules du sang, pendant que le foie ne partage pas de l'ictère et montre la forme normale, *ictère de sang*.

I. *L'ictère de la résorption* provient principalement des états suivants :

1) Par un *gonflement catarrhal de la membrane muqueuse du canal cholédoque* au niveau de son embouchure au duodénum, auprès de l'ampoule ou valvule de Vater. (Ictère catarrhal). Déjà de très petits gonflements non reconnaissables sur le cadavre peuvent produire une stase de la bile ou l'ictère. Nous ne voulons pas ici nous occuper de détails plus subtils de l'anatomie pathologique, qui au reste sont connus généralement. Cet ictère se trouve très souvent causé par un catarrhe de l'estomac ou du duodénum sur le canal cholédoque. (*Ictère gastro-duodénal*). On peut le soupçonner, lorsque des personnes jusqu'alors bien portantes deviennent ictériques après refroidissement ou des dérangements gastriques. Un ictère catarrhal résulte aussi de l'empoisonnement par le phosphore.

2) Lorsque des calculs biliaires s'enclavent au canal cholédoque; après un engorgement du canal cystique seul il n'y a pas d'ictère. Des coliques biliaires, le passage des calcules biliaires par les excréments y laissent juger.

3) Par l'obstruction de la fin du duodénum et du canal cholédoque par le méconium (les plus souvent cause de l'ictère des nouveau-nés).

4) Par des tumeurs, qui compriment les canaux cholédoque et hépatique, particulièrement des gonflements des glandes lymphatiques, des noyaux cancéreux, des tubercules, des exsudations péritonitiques à la capsule de Glisson. Le cours de la bile est ainsi arrêté, la veine porte en même temps est comprimée, d'où production de la stase sanguine.

Enfin l'ictère de résorption s'observe dans les maladies suivantes du foie : cirrhose, hypérémie grande du foie, hépatite suppurative, cancer du foie, kystes hépatiques,

quand elles empêchent l'écoulement de la bile. Dans le foie gras et amyloïde, on n'observe jamais de jaunisse.

Tous ces cas d'ictère, de résorption se distinguent de l'ictère hématogène par l'*existence de tous les éléments de bile*, en particulier, *des acides choléiques* dans le sang et l'urine, par l'absence de la coloration biliaire des excréments, qui ont l'apparence *argileuse blanchâtre* (comme des excréments de chiens) pendant que le foie imbibé de bile est gonflé et sensible. Vue jaune, ralentissement du pouls et un insupportable chatouillement de peau existent quelquefois.

L'urine paraît par son contenu de la couleur de bile *vert foncé* jusqu'à noirâtre vert, elle écume en la secouant beaucoup et de singulières bulles d'écume chatoyent verdâtrement. Pour prouver les substances colorantes de la bile on se servait de la réaction de *Gmelin* moyennant un acide nitrique, qui était un peu décomposé, par l'exposition à la lumière, et contenant un peu d'acide subnitrique, auquel le beau jeu des couleurs se présentait tout de suite au point où les deux liquides se touchaient; mais il n'y a que l'anneau vert de carastéristique pour les principes colorants de bile, parce que les autres anneaux de couleurs peuvent être reproduits par des autres chromogènes de l'urine, p. ex. l'indican. Lorsque l'acide nitrique contient trop d'acide subnitrique, la réaction passe trop rapide et on voit seulement quelques moments le trait vert carastéristique, on se sert de la réation modifiée par *Brücke*; au moyen d'acide nitrique dilué et cuit, qu'on ajoute en telle petite quantité, que l'effet ne survient pas tout de suite; alors on ajoute de l'acide sulfurique avec circonspection. La réaction se passe maintenant lentement ainsi que les anneaux colorés se développent du liquide commençant avec le vert. D'après *Fleischl* on n'a pas

besoin de cuire l'acide nitrique immédiatement avant la réaction, lorsqu'on renonce à l'emploi de l'acide sulfurique libre et quand on ajoute au liquide qui est à examiner, au lieu d'acide, une solution concentrée de soude nitrique. Le sel n'agit nulle part sur les pigments de la bile et on a assez de loisir pour faire ajouter en versant l'acide sulfurique concentrée au fond de l'éprouvette. La réaction se passe encore plus lentement, se tient souvent plus longtemps qu'une demi-heure et s'excelle par sa sensibilité. Aux très petites quantités de la substance colorante de la bile la réaction moyennant le chloroforme est recommandable. Si l'on secoue l'urine avec le même ensemble fortement,le principe colorant de la bile se précipite comme sédiment clair jaune; si l'on laisse maintenant évaporer le chloroforme, bientôt des cristaux jaunes rougeâtres jusqu'aux cristaux rouges comme des rubis du principe colorant de la bile s'élèvent. Les *acides choléiques*, qui ne paraissent *jamais* après l'ictère hématogène et sont de grande valeur diagnostique, peuvent être montrée par le procédé de *Strassburg*. On trempe un morceau de papier-filtre dans l'urine à examiner, additionnée d'un peu de sucre de canne ; on le fait sécher. Si l'urine contient de l'acide choléique, une goutte d'acide sulfurique placée sur le papier produit une tache violette qui devient bientôt d'un beau rouge pourpre.

II. *L'ictère hématogène* paraît seulement dans des états, qui se caractérisent par une intense prostration de tout l'organisme : la fièvre puerpérale, la pyémie, le typhus, la fièvre intermittente, la narcose du chloroforme. *Kühne* prouvait que les acides choléiques parvenus au sang sont séparés de nouveau de l'urine sans décomposition, et de

plus *Zenker*, *Saffé* et *Kühne*, que les cristaux des pigments du sang et de la bile sont d'accord complètement et que tous les deux puissent former du sang. D'autres expériences montrent qu'alors la substance colorante de la bile paraît dans l'urine, lorsque des matières sont mêlées au sang, qui détruisent les corpuscules de sang et que l'hématine devient libre. Ces matières sont : l'acide de la bile, le chloroforme, l'éther, etc. Mais puisque l'ictère du sang ne paraît que dans des maladies se caractérisant par la dissolution du sang on doit considérer comme source du principe colorant de la bile au sang chez l'ictère hématogène, l'hématine, qui devient libre par délabrement des corpuscules du sang.

La jaunisse comme maladie est rarement l'objet d'une cure spéciale. Lorsque la maladie causale guérit, la jaunisse disparaît aussi. Je ne parle pas naturellement du cancer du foie, non plus du foie granulé et de l'atrophie jaune du foie, lesquels états ne sont pas indiqués pour Carlsbad. Les malades ne s'étonnent pas peu de voir leur ictère augmenter encore au lieu de diminuer au premier temps de l'emploi de la cure, ce qui provient bien de l'assimilation en quelle encore plus de bile est produite qui s'accumule au canal cholédoque parce qu'au commencement de l'obstruction ou de la constipation existe chez la plupart, c'est le cas principalement chez les malades avec des catarrhes gastro-duodénaux. Comme c'est connu, Carlsbad n'est pas une source pour purger et la selle ne se règle qu'après quelques semaines. Les premières selles chez de tels malades, aussi chez ceux avec des stases du foie, sont ordinairement très compactes et blanchâtres, d'abord plus tard elles deviennent molles et de plus en

plus jaunes, jusque brunes foncées et verdâtres de couleur. Mais aussi la sécrétion de sueur est incitée plus fortement par la source, expédie dehors surtout beaucoup de la matière colorante de la peau, ainsi que quelques malades doivent changer très souvent leur linge, qui est coloré en jaune par la sueur. On est seulement très rarement forcé d'intervenir médicalement; lorsqu'il y a des symptômes fiévreux, l'aconit 3ᵉ suffit; lorsque s'y associent des congestions à la tête, belladone 3ᵉ; ailleurs mercure soluble 3ᵉ; bryone 3ᵉ; noix vomique 3ᵉ ou chamomille 3ᵉ après altération, rendent de bons services selon les symptômes concomitants.

Je n'interviens contre la démangeaison de la peau que lorsqu'elle est absolument insupportable, puisque celle-ci augmente plutôt qu'elle ne diminue pendant l'emploi des sources et après les bains de Grudel, des lotions avec l'eau de sel ou de la soude dissoute dans l'eau, des frictions avec de la glycérine ou de l'huile de coco suffisent souvent, mais quand cela n'est pas assez, je donne une dose de soufre 6ᵉ deux ou trois fois par jour; la chélidoine 6ᵉ m'a paru le mieux pour cela. L'effet était souvent miraculeusement prompt et les malades ne pouvaient pas louer assez l'effet prompt. Il faut que je remarque que les remèdes homœopathiques agissent mieux et plus vite pendant l'emploi de la source, peut-être à cause de l'assimilation plus active, qu'ailleurs; qu'il est donc un préjudice lorsque beaucoup de gens refusent de prendre des médicaments pendant ce temps. Les allopathes n'ont pas égard à cela et prescrivent aussi pendant la cure de grandes doses de quinine, morphine et comme toute leurs panacées se nomment.

Comme je l'ai mentionné déjà, je préfère faire agir la

source seule, mais si certains symptômes sont insupportables, il serait sans conscience de ne pas recourir à l'effet prompt et doux de nos remèdes, qui ne peuvent jamais faire dommage pendant la cure.

Passons maintenant à la discussion des *calculs biliaires*.

Tandis qu'on trouve la gravelle de bile dans les fines voies de la bile, les concrétions paraissant dans la vésicule biliaire peuvent atteindre la grosseur d'un œuf de poulet. Les calculs atteignent les formes les plus variées, parce qu'ils s'aiguisent réciproquement ; ils ont la plupart la forme d'un œuf et des surfaces facettées. Ils consistent le plus souvent en cholestérine, ont une apparence comme de la craie blanche grise ou d'un jaune pâle et une surface de cassure radiée, foliacée, cristalline ; ils ne consistent que très rarement en *pigment de la bile*, sont alors tous verts ou vert-noirâtres et petits ; beaucoup plus souvent sont les calculs constitués par la cholestérine et le pigment de bile ; ceux-ci paraissent brun vert et n'ont pas une cassure cristalline. Des *glaires* et du *carbonate de chaux* sont entremêlés à la plupart des calculs biliaires ; quelquefois on trouve tels qui ne consistent qu'en ces éléments, et ont pour cela l'apparence comme de la craie ou sont colorés par le pigment de bile jaune ou vert. Des résines de bile se trouvent seulement dans une petite quantité (Fœrster). On est d'avis généralement que les calculs biliaires peuvent provenir de la seule stase et condensation de la bile dans la compression et obstruction des voies biliaires ; mais il est plus vraisemblable, qu'ils sont causés originairement par une décomposition de la bile ; que dans des catarrhes de la vésicule de la bile et des voies biliaires le mucus catarrhal décompose la cholate de soude qui a le

devoir de conserver la cholestérine et le principe coloran de la bile (Meckel). Mais il vient à la décomposition des sels choléiques, lorsque la bile prend une réaction acide et cela se passe dans la fermentation présente. La diminution des sels choléiques peut aussi produire des concréments bilaires (Bamberger). Puisque par là la cholestérine et la couleur biliaire sont séparées de la bile et ne forme pas une masse solide, la dernière cause de la naissance des calculs biliaires est à chercher dans les catarrhes de la vésicule biliaire.

Naunyn a voulu déjà au Congrès des médecins à Wiesbaden 1891, baser l'angio-cholécystite infectieuse et desquamative sur le bacille coli, comme cause efficiente et réelle. *Gilbert* et *Dominici* ont dit la même chose dans leur thèse : Origine microbienne de la lithiase biliaire (Paris, juillet 1896).

A. Chauffard (*Revue de médecine* Paris, 1897) dans son article infection et lithiase biliaire le dit : *Hanot* (Congrès de Bordeaux 1894) dans ses Rapports de l'intestin et du foie en pathologie, l'a déjà affirmé. La lithiase biliaire résulterait donc en dernière analyse du mode de pénétration des microorganismes dans les voies biliaires, de leur plus ou moins grand nombre et surtout peut-être de la constitution du mucus déposant plus ou moins facilement.

Si cette dernière hypothèse exprimait la réalité, le terrain emporterait encore sur la *graine*. La lithiase biliaire ne serait plus un symptôme accidentel contingent, mais resterait l'expression d'un état préalable de l'organisme, d'une modification héréditaire et congénitale *totius substantiæ*, d'une diathèse. L'état diathésique domine la pathogénie de la lithiase biliaire écrivait récemment *Dieulafoy* et c'est aussi notre avis. On trouvait quelquefois les

tales des calculs biliaires couchés autour d'un ascaride mort, une aiguille, etc. (Kunce).

D'après le Dr Heitler (V. *Wiener Med. Wochenschrift* 1883, n° 32), il est certainement plus que hasard, que la vessie biliaire carcinomateuse dégénérée, contient des calculs le plus souvent; il est la plupart un calcul singulier ou il y a plusieurs calculs, qui sont entourés étroitement souvent par la paroi cancéreusement infiltrée ; la circonstance aussi, que le carcinome de la vessie biliaire est primitif ordinairement, pourrait montrer un rapport causal entre celui-ci et les calculs biliaires. (Dans le carcinome de la vésicule biliaire, le foie est ou libre du carcinome, ou rempli par des masses secondaires carcinomateuses). Pour les auteurs, qui mentionnent la rareté de l'absence des calculs biliaires dans le carcinome de la bile (parmi 11 observations de *Frerichs*, les calculs biliaires manquaient deux fois) le carcinome est toujours regardé comme un moment avançant la formation des concréments; seulement *Klebs* cite que les calculs biliaires pourraient représenter la cause du carcinome. *Klebs* dit dans l'anatomie du carcinome de la vésicule biliaire : la présence des calculs biliaires, je crois pouvoir la mentionner comme une cause importante et je montre dans ce regard, au cas dernier raconté, dans lequel il y avait les premiers commencements de la formation du carcinome auprès des nombreux calculs déjà plus vieux. La formation du carcinome ne favorise point du tout la formation des calculs biliaires, comme *Forster* semble le supposer puisque la capacité de la vessie biliaire diminue par la première dès le commencement. Au reste, nous voyons, comme on sait, aux parties les plus différentes, que la formation du carcinome se présente le

plus souvent là, où se passent des irritations mécaniques. *Schuppel* aussi confirme cela (Zemssen Manuel. Tome VIII, Part. 2). Que les calculs biliaires soient couchés dans la vessie avant le développement du carcinome, est déjà vraisemblable du commencement ; leur structure, la plupart radiairement rayée, concentrique par couches, suppose une formation plus lente et la période à cela nécessaire est vraisemblablement plus longue, que celui entre lequel le cancer mène de son commencement à l'exitus letalis.

La maladie se présente souvent sous le tableau des cardialgies. La diagnose de la formation des calculs biliaires peut être faite alors, quand ceux-ci sont palpables dehors ou quand, pendant ou après laquelle un gonflement du foie commence. Lorsque le calcul est situé au canal hépatique ou au canal cystique, il cause seulement d'intensives douleurs, les autres symptômes surviennent d'abord, lorsque le canal cholédoque est devenu imperméable par le calcul, qui est fixé dans son cours ultérieur Des sensations douloureuses dans le foie et des vomissements précèdent la *colique biliaire* ou *les douleurs les plus intensives adstringents* proviennent soudainement à l'*hypochondre droit* et l'*épigastre*, qui rayonnent dans les directions les plus différentes ; même la plus douce pression de la région du foie est douloureuse et il y a des *vomissements intensifs* en général, mais cela n'est pas toujours le cas. Le pouls est normal ou *retardé* (Wolf), les *frayeurs* suivent toujours l'accès de la colique, c'est caractéristique. La selle est à peu près toujours constipée et une faible jaunisse se trouve vers la fin de l'accès, lorsque le canal cholédoque est bouché. Mais comment pouvons-nous constater l'origine des douleurs ressenties à la région du foie ? Lorsque les

calculs sont nés dans la vessie biliaire, ce n'est que quand le foie participe aux symptômes présents; mais quand les concrétions se sont formées dans la vessie biliaire même, on ne peut rien constater au foie. Lorsque l'estomac fonctionne comme il faut dans les intervalles du repos entre chaque attaque, les accès ne proviennent pas d'une affection de l'estomac; car l'estomac montre aux cardialgies nerveuses, qui y ont leur cause, aussi dans le temps, qui est libre des attaques des symptômes de la dyspepsie et des autres signes gastriques.

Dans le cas où il se forme des gros calculs biliaires il peut survenir de la cholémie et une situation très ressemblante à l'urémie. Il y a des dangers en assez grande quantité dans cette situation. Dans le traitement de la colique biliaire le repos complet et un régime sévère sont le meilleur remède prophylactique.

Les allopathes recommandaient beaucoup auparavant le ci-nommé remède de Durande (Rp. éther sulfurique 10,0, Ol. thereb. 20,0); je traitais ici un directeur des bergeries de Pologne plusieurs fois, qui sur la recommandation d un berger, portait toujours ce remède sur lui (mais cette fois : éther sulfurique, Ol. thereb., ââ 20,0) et qui était accoutumé à le prendre chaque heure deux gouttes pendant les attaques et s'en louait beaucoup.

Beaucoup d'allopathes sont fous de la mixture de Redemacher (Ol. therebinh 3'0 sur Esprit d'éther 30'0, deux ou trois fois par jour X-XV gouttes à prendre); le dernier refuge est toujours la morphine, soit prise intérieurement, soit en injections subcutanées. Le chloroforme aussi est recommandé intérieurement. A présent ils ordonnent entre les attaques le salicylate de soude pour rendre la bile liquide, comme ils s'expriment, en

doses de 0,5 — 2,0 grammes par jour. Je traitais une malade qui l'avait pris déjà longtemps sans se trouver mieux,au contraire elle était amaigrie au point qu'on ne la reconnaissait plus, parce qu'elle avait été auparavant une belle femme avec un certain embonpoint. Elle avait des attaques à peu près chaque jour; les injections de morphine n'aidaient rien, elle vomissait beaucoup de bile et ne pouvait pas dormir. (Elle avait été traitée toujours par des allopathes). Enfin j'obtenais par atrop. 6/X et coloc, 3/X alternativement, chaque heure, de la tranquilliser un peu, ainsi qu'elle pouvait prendre un peu de Mühlbrum (deux demi-verres chaque jour à peu près 200 grammes); elle restait mieux, mais sans obtenir beaucoup d'appétit et partit. A Vienne elle avait de nouveau des coliques affreuses parce qu'elle ne suivait pas mon conseil de prendre chaque jour *china*, une fois alternativement avec *podophyll* 6, le premier est un très bon remède pour être donné dans les intervalles des attaques et très recommandé par le D[r] Phaye de Philadelphie comme le podophyllum. Les amies de la dame lui conseillaient alors de se faire opérer ; elle était acceptée déjà dans un hôpital privé (la maison de Rudolphine) et il était résolu de lui faire la cholecystotomie, lorsqu'un jour avant celui où devait être faite l'opération, la malade se trouvait tout à coup tellement soulagée , qu'elle demanda au médecin en chef de la renvoyer, ce qu'il lui fut permis. Elle se porte bien jusqu'à présent ; elle est revenue à Carlsbad depuis ce temps deux fois, mais seulement pour sa con-tipation, qui était la suite d'un catarrhe chronique des intestins. L'an dernier, une autorité avait fait la diagnose d'un rein migrant,chez elle ; elle se trompait certai-

nement ; le foie était gonflé dans la région de la vessie biliaire.

Stadelmann de Dorpat (à présent à Berlin) a fait des expérimentations, et il a prouvé que les acides biliaires liquéfient la bile. Le feu Dr Deventir de Berlin, un vieil homœopathe, donnait déjà il y a maintenant trente ans, la trituration des calculs biliaires (soit la 3e ou la 6e) contre les coliques biliaires avec beaucoup de succès.

Beaucoup de malades, qui étaient traités jadis allopathiquement, se dirigeaient ici vers moi, parce qu'ils sentaient instinctivement que beaucoup de morphine leur fait dommage. Je donne ordinairement belladonna 3e, ou lorsque cela ne suffit pas l'atropine sulf. 3e (VIII-X gouttes dans un demi-verre d'eau, chaque demi ou quart d'heure, selon l'intensité des attaques, une cuillère de thé). Colocynth 3e, m'a fait des très bons services seule ou alternativement avec la belladone. Entre les attaques je donne comme je mentionnais déjà china 1e ou 3e chaque jour une fois ou alternativement avec podophylle, 3e quand les malades sont obstrués, pour empêcher de nouveaux accès avec de bons succès.

Au commencement des draps chauds appliqués, des bassinoires ou des fomentations chaudes pour calmer l'attaque. Des fomentations froides ou de glace font de retour bien à ceux qui sont accoutumés à la froideur. *Bamberger* recommandait pour la lithiase biliaire.

Natr. bicarb	8,0
Aq. distill.	80,0
Aq. Napht	20,0
Aq. Lauroc.	20,0

Le mieux reste toutefois, pour empêcher la formation des calculs biliaires, qu'on conseille beaucoup d'exercice ;

le régime ne doit pas être composé exclusivement de substances contenant de l'azote; il faut qu'on amène des hydrates de carbone au corps aussi. Les remèdes propres contre la formation des calculs biliaires restent pourtant les alcalins bicarboniques.

Les sources naturelles alcalines, spécialement *Carlsbad*, ont un très bon effet et doivent être réitérées souvent. Aussi *Marienbad* et *Kissingen* agissent favorablement; mais nous voudrions affirmer que nos sources thermales (Carlsbad) agissent plus durablement, ce qui est aussi approuvé par la plupart des praticiens.

Après des attaques de coliques biliaires la selle se passe très rarement légère et de soi-même; je fais boire ordinairement de Schlossbrunn refroidi ou de Felsenquelle refroidie et lorsque ceci n'effectue pas une selle, je prends mon refuge au Sprudel tout refroidi ou aux lavements d'eau froide, après quoi alors une selle plus consistante quelquefois comme de la bouillie s'ensuit.

Je n'emploie à peu près jamais le sel de Carlsbad. Les excréments sont criblés d'après la manière connue et des concrétions se trouvant par hasard sur le tamis ou aussi du sable sont analysés chimiquement; quelquefois seulement de tout petits calculs s'en vont comme des grains de vesce ou de fenouil. Lorsqu'on ne veut pas examiner les calculs chimiquement ou quand on a pas assez de temps, on reconnaît, si les concrétions sont des calculs biliaires, en les tenant sur une flamme et s'ils sont réduits en charbon ou s'enflamment eux-mêmes et brûlent avec une flamme bleue. Dans le dernier cas on a certainement affaire avec des concrétions de la bile.

J'ai la ferme persuasion qu'aussi le passage de la bile épaissie peut par les voies biliaires causer des attaques

de coliques. On ne peut pas trouver quelquefois des calculs dans les excréments, parce que ceux-ci remontent le canal cholédoque après l'attaque. Extrêmement rarement la colique biliaire finit mortellement. Où les calculs biliaires ne sont pas dégagés avec la selle, se trouvent bientôt une haute stagnation de la bile, inflammation et ulcération des voies biliaires. Dr *Link* décrit dans l'annuaire 1883 de la *Gazette médicale* de Vienne no 38, un cas intéressant et instructif de colique biliaire avec l'issue de formation d'un abcès (de l'arc droit des côtes jusqu'à peu près travers de trois doigts sur la crête de l'os iléum) et guérison.

Contre les douleurs sourdes restant, qui accompagnent d'ordinaire la jaunisse, on recommande beaucoup *Merc. solub.*3e une dose toutes les deux heures, par lequel le reste de l'inflammation des voies biliaires après la colique est apaisé.

Outre le rétrécissement déjà décrit et l'occlusion des voies biliaires par le gonflement catarrhal de la muqueuse et des bourres muqueuses (Icterus gastroduodenalis) et des calculs biliaires, des *tumeurs* des environs des voies biliaires, spécialement le carcinome du foie et de l'estomac, le carcinome du péritoine, des masses fécales au colon transverse, alors dès *pseudomembranes constringeantes* après la péritonite, des cicatrices sur la valvule de Vater (diverticulum Vateri) des lombrics immigrés peuvent rendre imperméables les voies biliaires.

Les symptômes de l'imperméabilité des voies biliaires consistent en :

1) *Jaunisse intense*, dès que le rétrécissement est considérable, le teint très jaune, des excréments blancs comme de la craie, de l'urine colorée de la bile. Il faut, qu'il existe

une fermeture complète du canal cholédoque, lorsque l'atrophie aiguë jaune, dans laquelle se trouvent aussi des excréments sans couleurs dans des cas rares, peut être exclue.

2) *Tuméfaction du foie*, qui est considérable quelquefois. La surface du foie est pourtant lisse et offre des contours normaux et des bords aigus sans des points ou tumeurs. Décroissement du volume commence plus tard comme dans la cirrhose, le haut degré de jaunisse, le manque de tumeur de la rate et de l'ascite marque pourtant la sténose des voies biliaires de la cirrhose (Kunse). Un cas tout ressemblant fut traité par moi, il y a douze années. C'était un propriétaire de Russie, qu'un allopathe d'ici voulut faire partir à cause d'un carcinome médullaire après une cure de quinze jours. Sa femme, une homœopathe enragée me fit venir ; je constatai une tumeur lisse du foie, grand amaigrissement, météorisme considérable, et couleur jaune de la peau.

L'appétit était assez bon. Après Noix vom. 3[e] donné chaque heure un grand nombre de vents s'en allèrent. Au lieu de quatre verres de Felsenquelle, qu'avait ordonnés le médecin allopathe, je faisais prendre le malade seulement deux fois par jour un quart de verre de Marksbrunn avec un intervalle d'une demi-heure chaque matin et le malade se rétablit dans une quinzaine de jours, tellement bien qu'il pouvait partir chez lui après un séjour de cinq semaines ici tout frais et gai. J'avais augmenté la quantité de la source jusqu'à deux demi-verres. Le régime fortifiant et du bon vin, ainsi que çà et là une dose de China 3[e] l'avaient beaucoup restauré. Un confrère de Russie présent ici pour prendre les eaux constatait une considérable diminution de la tumeur du foie. Les excréments, qui étaient

tout blancs au commencement, devenaient à la fin comme de la bouillie et tout jaunes.

3) *Hydropisie de la vessie biliaire.* — Celle-ci n'est pas en effet toujours présente; mais quand elle existe, c'est un signe certain de l'obstruction du canal cystique, lorsque les excréments sont encore colorés bilieusement. L'hydropisie se caractérise par une tuméfaction élastique dans la fosse de la vésicule quelquefois fluctuante, de la forme d'une poire, qui surpasse les bords du foie.

D[r] KAFKA (de Carlsbad).

ALCOOLISME CHEZ L'ENFANT.

Le D[r] Combe, docent de pédiatrie à l'université de Lausanne, a publié dans les *Annales de médecine et de chirurgie infantiles* (1) un travail sur ce sujet, travail dont nous allons reproduire un grand nombre de passages.

Les enfants supportent proportionnellement plus difficilement l'alcool que les adultes, parce que leur système nerveux, leur cerveau particulièrement, est proportionnellement plus développé.

I. *Alcoolisme du nourrisson.* — L'alcoolisme du nourrisson est possible par l'alcoolisme de la mère ou de la nourrice, qui donnent à l'enfant un lait alcoolisé; par les suçons qu'on donnent aux enfants pour calmer leurs cris et qui peuvent être trempés dans du grog; enfin quelques nourrices, pour produire le sommeil de leurs nourrissons, n'hésitent pas à leur faire boire un peu de grog.

---

(1) 15 mai.

L'intoxication alcoolique aigue, produite dans ces conditions, se caractérise par des convulsions.

En voici un exemple raconté par Demme.

Un enfant de deux mois et demi, nourri uniquement au sein, fut apporté à la consultation du médecin de Berne. La mère se plaignait que son enfant était nerveux, continuellement agité, dormant très peu et très mal, et sujet à de fréquentes crises de convulsions générales. A force de questions, Demme parvint à savoir que la mère prenait, chaque matin, un petit verre de chnaps pour se débarrasser des glaires; à midi, un second pour se donner de l'appétit; à quatre heures, un troisième contre les coliques, et, le soir, un quatrième pour se procurer un repos bien mérité. Demme fit aussitôt cesser le sein et nourrir l'enfant avec du lait; les convulsions cessèrent. Au bout de quelques jours, il essaya de faire donner le sein; immédiatement, les convulsions recommencèrent. Dès lors, absolument fixé, il fit sevrer l'enfant, qui n'eut plus de convulsions. Le Dr Edmunds, de Londres, le Dr Bær, de Berlin, etc., ont cité des cas semblables.

Le Dr Combe a été témoin d'un fait analogue. Appelé en consultation dans une ville voisine, il se trouva en présence d'un cas singulier. Un enfant, nourri au sein par une nourrice, avait tous les lundis et tous les jeudis une crise de convulsions; il était très bien le reste de la semaine. Cette régularité avait frappé mon confrère, qui cherchait depuis longtemps l'explication de ce fait. Le Dr Combe en fut aussi frappé, d'autant plus que l'enfant ne présentait aucune autre cause pouvant donner lieu à des convulsions. Il s'informa de quelle particularité se distinguaient ces deux jours, et les parents nous apprirent que c'était le lendemain des sorties de la nourrice, qui avait un

congé de deux heures le mercredi et le dimanche. De là à conclure que la nourrice profitait de ces quelques heures pour boire, il n'y avait qu'un pas. On la surveilla, on vérifia le fait ; elle fut prise en flagrant délit et jura de ne plus recommencer. Elle a tenu sa promesse, puisque dès lors les convulsions ne se sont pas renouvelées.

J'ai été témoin cette année d'un fait analogue avec mon confrère et ami Léon Simon. Un enfant de quelques mois avait des crises de convulsions répétées, plusieurs fois par jour; tellement rapprochées par moment, qu'elles ne cessaient pas et que l'enfant était en état de mal ; notre traitement améliorait l'enfant mais n'empêchait pas le retour des accidents. Comme l'enfant n'avait pas de convulsions lorsqu'il avait tété une autre nourrice, on pensa que la nourrice habituelle abusait de l'alcool ; elle fut changée et l'enfant guérit.

Dans le même numéro des *Annales de médecine et de chirurgie infantiles* est rapporté l'observation suivante qui est très analogue à la nôtre et qui est due au D^r^ Meunier.

Je fus appelé auprès d'un enfant de cinq semaines, atteint depuis plusieurs jours de convulsions presque incessantes, qui faisaient craindre un dénouement funeste.

Le petit malade était le deuxième enfant de parents jeunes et bien portants, chez lesquels aucune tare suspecte ne pouvait être relevée. *Poids* : 4.600 grammes ; âge : cinquième semaine. Selles et urines satisfaisantes, témoignant ainsi, avec la courbe des pesées, d'une alimentation bien réglée et profitable. La seule remarque fâcheuse faite par les parents concernait l'irritabilité de l'enfant, qui, depuis quelque temps, devenait nerveux et très impressionnable : il criait souvent, longtemps et rageusement ; mais comme ces cris ne semblaient pas devoir être attri-

bués à la souffrance, on n'y attachait pas d'autre importance : la tétée, du reste, les faisait cesser facilement, et le sommeil, bien qu'agité, n'en remplissait pas moins ses délais normaux.

Les attaques ne différaient en rien de l'éclampsie vulgaire des nouveau-nés : elles s'accompagnaient souvent d'émission de matières ; mais, par contre, on remarqua que l'enfant resta toute la première journée *sans uriner* ; la durée des attaques variait de quelques minutes à une heure et plus.

Dès le premier jour des manifestations convulsives, l'enfant avait été soumis à un examen complet : température, selles, ventre, *appareil respiratoire*, normaux. Pas de traumatisme crânien. Cinq jours s'étaient écoulés depuis le début des accidents, quand le Dr Meunier est appelé et, depuis la veille, les crises se succédaient avec une telle fréquence que les attaques étaient, pour ainsi dire, subintrantes : l'état convulsif n'avait plus de rémission.

Son examen reste absolument négatif, et il incline alors vers une dernière hypothèse, l'intoxication *ab ingestis* ; et comme l'enfant n'avait absolument rien absorbé que le lait de sa nourrice, il pousse son enquête sur cette nouvelle donnée. Renseignements excellents sur le genre de vie de la nourrice. Mais une nourrice est prêtée par une famille amie, l'enfant prend une tétée de la nouvelle nourrice, et le sommeil est obtenu, sans trop de difficultés, par un lavement chloralé. A son premier réveil, *aucune convulsion ne reparut*. L'enfant, après une nouvelle tétée, se rendormit facilement, sous l'influence encore active du chloral. La journée du lendemain fut parfaite : les parents, très attentifs, n'observèrent pas la moindre contraction musculaire, et tout rentra dans l'ordre, sans

autre incident. Une nourrice définitive fut installée : l'enfant est aujourd'hui en excellente santé.

Quelques semaines après, la nourrice, placée comme domestique chez de nouveaux maîtres, fut reconnue comme abusant de vin pur et de café ; et on apprit que dans la première famille, précisément à l'époque où l'enfant avait été pris de ses convulsions, du vin avait été dérobé et que ce détournement ne pouvait être attribué qu'à la nourrice.

M. Meunier n'a trouvé en vérité que trois faits qui se rapprochent du sien : ce sont les cas de Vernay, de Charpentier et de Soltmann. Dans le premier, il s'agissait d'un nouveau-né de bonne constitution, dont le poids augmenta rapidement et qui, à l'âge de deux mois, fut pris de convulsions graves qui se répétèrent pendant dix jours : la nourrice buvait 8 à 10 verres de vin par jour. Dans l'observation de Charpentier, le nourrisson avait cinq semaines quand, après une période de constipation opiniâtre, se déclara une violente crise de convulsions : la nourrice, craignant que son lait ne fût insuffisant, se soutenait avec quatre bouteilles de vin par jour ! Enfin, Soltmann, après avoir déclaré que des exemples semblables ne sont pas rares en Silésie, « où le schnaps est le pain quotidien des femmes du peuple », rapporte un cas personnel dans lequel un enfant fut atteint de convulsions graves pendant huit jours et où les accidents ne furent enrayés qu'après qu'on eut découvert sous la paillasse de la nourrice une bouteille d'eau-de-vie.

M. Meunier résume dans les quelques propositions suivantes son observation et les recherches qu'il a faites :

1° Des convulsions graves peuvent survenir chez les

nouveau-nés dont les nourrices font un usage immodéré de vin ou de boissons alcooliques.

2° Ces convulsions sont précédées d'une période pendant laquelle l'enfant devient nerveux, irritable et paraît atteint d'une hyperesthésie générale. Une fois réalisées, elles ne diffèrent point de l'éclampsie classique, mais se font remarquer par le nombre rapidement croissant des attaques et même, après quelques jours, par l'établissement d'un état convulsif permanent entrecoupé de vraies attaques.

3° Les convulsions d'origine alcoolique du nourrisson ne s'accompagnent généralement pas de troubles gastro-intestinaux ni de fièvre : elles apparaissent, au contraire, chez des enfants dont la nutrition semble satisfaisante et dont la courbe des pesées est même au-dessus de la moyenne.

4° Le diagnostic causal de ces convulsions ne peut être établi qu'après exclusion des autres causes habituelles de l'éclampsie infantile, et sa vérification sera souvent d'un contrôle difficile, la fraude de la nourrice étant toujours soigneusement dissimulée.

L'intoxication chronique est beaucoup plus difficile à reconnaître.

Elle peut être très légère et ne se manifester que par de l'agitation, un sommeil plus difficile et un retard dans l'augmentation de poids de l'enfant.

A un degré de plus, on observe de l'insomnie persistante et une agitation extrême.

Lorsque l'intoxication chronique revêt une forme grave, lorsque la mère ou la nourrice prennent de grandes quantités d'alcool; c'est une cause de dépérissement pour le

petit enfant, qui est malingre, chétif, ayant l'aspect ridé d'un vieillard, le visage grimaçant d'un Voltaire, l'air souffreteux et triste; aspect ressemblant à celui du choléra infantile; ils ont des convulsions fréquentes.

Le Dr Goyard, de Paris, affirme que dans les crèches, les femmes chargées de garder les enfants distinguent du premier coup d'œil ces petites victimes de l'alcool. Il ajoute qu'il est à remarquer que le développement de ces nourrissons est d'autant plus lent, plus incomplet, qu'ils sont davantage alimentés par le lait de leur mère.

Le Dr Combe conclut :

1° Qu'une mère qui a l'habitude de boire un peu de vin peut continuer sans grand inconvénient.

2° Qu'une nourrice qui n'a pas l'habitude de boire du vin ne doit pas recevoir de boissons alcooliques.

3° Qu'une mère alcoolique ne doit pas nourrir son enfant.

II. *Alcoolisme chez l'enfant.* — L'alcoolisme existe à notre époque chez les enfants, que l'on veut fortifier avec des vins toniques et des boissons alcooliques; les médecins sont peut-être un peu fautifs en n'insistant pas sur ce fait que l'alcool ou le vin qu'on administre pendant une maladie fébrile grave, doivent être cessés ensuite parce qu'ils deviendraient funestes.

L'*ivresse légère* s'observe quelquefois chez l'enfant. On a cité quelques cas d'*ivresse grave* amenant la mort. Le Dr Bær raconte la mort d'un enfant de 3 ans 1/2 survenue à la suite de l'ingestion de deux cuillerées à soupe d'eau-de-vie. Demme a eu l'occasion de voir sept fois des enfants ivres-morts qu'on lui apportait à l'hôpital; le plus jeune avait 1 an 1/2. L'un d'eux mourut malgré les soins les plus entendus dans des convulsions épouvantables.

L'*alcoolisme chronique* grave s'observe chez des enfants plus âgés, absorbant journellement une forte dose d'alcool.

Ces cas sont rares. M. Combe en a trouvé deux dans les écoles primaires de Lausanne. Ces deux enfants demeuraient seuls avec une mère alcoolique, qui, lorsqu'elle avait bu, ce qui lui arrivait souvent, donnait à ses enfants du café, du lait ou tout autre breuvage fortement mélangé d'eau-de-vie. Ces enfants avaient l'air abruti ; ils étaient pâles, languissants, avaient la parole lente et hésitante, pas de mémoire, surtout un tremblement alcoolique de la langue et des mains très marqué. Il ne les vit qu'une fois, car la mère, trouvant ses questions indiscrètes, ne revint plus à la consultation. Peu après, elle avait quitté Lausanne pour une destination inconnue.

Chez les enfants alcooliques, on trouve les mêmes lésions que chez l'adulte. Un enfant de 7 ans, présentait une pachyméningite hémorrhagique que l'on ne rencontre que chez des ivrognes endurcis. Birsch-Hirschfeld a trouvé sept fois la cirrhose du foie, qui ne s'observe que chez des alcooliques invétérés. On a trouvé aussi la dégénérescence graisseuses du cœur, etc., en un mot, toutes les lésions dites alcooliques.

L'alcool a en outre une influence sur le développement général de l'enfant qui reste petit, plus faible, plus disposé aux maladies.

Le *nervosisme*, l'*excitabilité nerveuse*, les *terreurs nocturnes* s'observent fréquemment chez les enfants qui abusent du vin et des boissons alcooliques.

Demme a observé une *chorée* violente succédant immédiatement à un accès d'ivresse.

L'*épilepsie*, le *diabète* sont aussi parmi les conséquences de l'alcoolisme.

Enfin il a aussi une mauvaise influence sur l'intelligence, la mémoire, l'aptitude au travail.

Nous acceptons parfaitement les conclusions du Dr Combe et, depuis longtemps, dans notre clientèle, nous essayons d'empêcher de donner du vin aux jeunes enfants :

1° Chez les enfants nerveux ou chez ceux dont le système nerveux est atteint (chorée, épilepsie), abstinence totale des boissons alcooliques ;

2° Abstinence totale de boissons alcooliques chez les petits enfants, sauf dans certains cas de maladie et par ordre de médecin ;

3° Chez tous les enfants, jusqu'à 6 ans, au moins, abstinence totale ; de 6 à 12 ans, vin très coupé d'eau ;

4° Chez les enfants plus âgés, dont l'éducation est difficile, la mémoire mauvaise, l'aptitude au travail insuffisante, essayer l'abstinence.

Les effets héréditaires de l'alcoolisme sont bien connus depuis longtemps et nous ne ferons que les signaler pour être complet.

Les enfants d'alcooliques sont peu résistants et offrent une mortalité considérable. La moitié des enfants de Londres n'arrivent pas à 3 ans. La moitié des enfants des quakers abstinents arrive à 47 ans.

L'*idiotie* est fréquente, mais s'observe surtout à la troisième ou quatrième génération de familles alcooliques. Le Dr Howe a trouvé sur 300 idiots cent quarante-trois fois l'alcoolisme comme antécédents, soit 50 p. 100 ; le Dr Demme, sur 114 idiots, soixante-deux fois l'alcoolisme, 54 p. 100.

L'*hydrocéphalie*, sur 38 cas, Demme a constaté vingt-trois fois l'alcoolisme.

Pour l'*épilepsie*, Bourneville signale cent soixante-trois fois les parents ivrognes sur 244 cas. Lenz, soixante fois sur 83 cas; Kowalewsky, soixante fois sur 100 cas ; Martin, 60 fois sur 83 cas.

La *mélancholie*, l'*impulsion au suicide*, la *dipsomanie* sont encore sous la dépendance de l'alcoolisme héréditaire.

Le Dr Demme, sur 10 familles d'alcooliques, prises au hasard, compte 57 enfants ; 25 meurent dans les premières semaines ; 12 sont idiots, 5 hydrocéphales, 5 épileptiques ; 10 normaux dont 2 deviennent alcooliques.

Telles sont les conséquences graves de l'alcoolisme héréditaire.

Dr Marc Jousset.

LE « SIGNE DU SOU » COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES.

M. le Dr A. Pitres (1) professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, a fréquemment recours, dans le but de reconnaître l'existence des épanchements pleurétiques, à un procédé de percussion auscultée encore peu connu des praticiens et qui dérive d'une méthode analogue employée par Trousseau pour le diagnostic du pneumothorax. On sait que cet éminent clinicien, afin de rendre bien apparent le bruit d'airain caractéristique de la présence de l'air dans la cavité pleurale, faisait pratiquer la percussion par un aide au moyen de deux pièces de monnaie. Or, en répétant un jour le procédé de Trousseau dans un cas d'hydrothorax,

(1) *Semaine médicale* 6 juillet.

M. Pitres fut frappé du timbre clair, argentin que prenait le bruit de percussion métallique lorsqu'on auscultait au niveau de l'épanchement. Depuis, il emploie couramment dans son service ce mode de percussion auscultée.

Voici comment notre confrère conseille de procéder :

Le malade étant assis ou debout, un aide applique à plat sur la région du thorax qu'on veut examiner une pièce de deux sous, tenue entre deux doigts de la main gauche. Puis, avec la tranche d'une seconde pièce de dix centimes, tenue de la main droite, il frappe sur la première pièce de petits coups secs, séparés par des intervalles d'une demi-seconde environ. Pendant ce temps, le médecin applique l'oreille au point opposé du thorax et ausculte le bruit ainsi engendré en obturant avec le doigt l'oreille libre. Les vibrations sonores provoquées par le choc des pièces métalliques traversent la cavité thoracique et arrivent à l'oreille du médecin diversement modifiées, suivant l'état des organes de la cavité thoracique.

Quand le poumon est sain, le son perçu par l'oreille est sourd et mat. Lorsqu'il existe des lésions pulmonaires, telles que hépatisation pneumonique ou foyers de tubercules caséifiés, le bruit est encore plus assourdi et c'est à peine si on l'entend. Lorsque la cavité pleurale contient des gaz, on perçoit le son d'airain de Trousseau. Enfin, s'il y a un épanchement liquide dans la plèvre, le bruit devient clair, aigu, argentin et paraît prendre naissance au voisinage immédiat de l'oreille : c'est le *signe du sou*.

Pourtant, comme le reconnaît M. Pitres lui-même, ce signe n'est pas pathognomonique de la présence de liquide dans la plèvre. En effet, il peut manquer, bien que la cavité pleurale soit le siège d'un épanchement, et, par contre, on le constate parfois dans les cas où il n'y a pas

trace de liquide. Ces variations de tonalité se comprennent facilement, si l'on tient compte que le signe du sou ne révèle que la présence à l'intérieur du thorax d'un milieu homogène, solide ou liquide, lorsque ce milieu est meilleur conducteur du son que le tissu pulmonaire normal. Toutefois, comme les indurations massives et totales du poumon sont extrêmement rares, tandis que les collections liquides de la plèvre sont des plus communes, le signe du sou indique d'habitude la présence d'un exsudat liquide libre dans la cavité pleurale et peut ainsi faciliter le diagnostic de l'épanchement pleurétiqne dans des cas douteux.

Il peut également servir à apprécier l'importance relative de la congestion ou hépatisation pulmonaire et de l'épanchement pleurétique coexistant dans la pleuro-pneumonie.

Enfin, dans les cas d'épanchement pleural liquide avec formation de néo-membranes au-dessus de l'exsudat, le signe du sou permet de déterminer exactement le niveau du liquide, niveau qui correspond au point où cesse la transonnance.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ALBUMINURIE POST-SCARLATINEUSE PAR LA TUBERCULINE.

Dans un article sur la scarlatine (1), le Dr Lambreghts fils, d'Anvers, passe en revue un certain nombre de médi-

(1) *Revue homœopathique belge*, mai 1898.

caments homœopathiques pouvant être employés contre les accidents de néphrite scarlatineuse, tels que *merc. corros.*, *terebinth.*, *apis*, *canth.*, *phosph.*, *acid. carbol.*, etc.; il ajoute : « Il est cependant un autre remède dont je me permets de signaler la valeur réelle, je veux parler de *tuberculinum*. La tuberculine de Koch est en effet essentiellement homœopathique à la néphrite aiguë; injectée à doses assez fortes chez les tuberculeux, elle provoque presque constamment de la fièvre, des douleurs rénales, de l'albuminurie et de l'hématurie. L'action congestive sur les reins est donc très marquée; au point de vue pratique, la présence du sang dans les urines me paraît une excellente indication du médicament.

Voici une observation très intéressante :

Au mois de novembre dernier, je fus appelé à soigner un enfant âgé de 10 ans, qui présentait un œdème considérable aux paupières et aux extrémités inférieures. L'urine était rare, foncée en couleur et contenait une forte proportion d'albumine et une petite quantité de sang. En interrogeant les parents, j'appris que l'enfant avait été atteint quinze jours auparavant d'une légère fièvre avec mal de gorge et rougeur à la peau. Ces symptômes étaient si peu prononcés qu'ils avaient passé quasi inaperçus, et l'enfant avaient continué à jouer à la rue comme d'habitude, lorsqu'il fut pris tout à coup de frissons avec malaise général, soif, inappétence, puis se déclara bientôt l'œdème des paupières et des malléoles. Je commençai le traitement par *merc. corros.*; j'administrai ensuite successivement *cantharis*, *arsen. alb.* et *phosph.* sans le moindre résultat. La maladie continuait à s'aggraver; le gonflement des jambes était considérable et à l'examen du ventre je constatai la présence d'une notable quantité de

liquide dans le péritoine. Je prescrivis alors *tuberculinum* 6e. Sous l'influence de ce remède, les symptômes s'amendèrent rapidement, et au bout de quinze jours l'enfant fut complètement rétabli. *Tuberculinum* m'a été d'un grand secours dans plusieurs cas de néphrite post-scarlatineuse. Il a échoué dans un cas ; le malade a succombé aux accidents urémiques. »

J'approuve complètement cette manière de faire; je voudrais seulement faire remarquer que, depuis les premières expériences faites avec la tuberculine, mon père a indiqué l'homœopathicité de cette substance dans le traitement de l'albuminurie et que je crois qu'il est le premier à l'avoir employé dans ces conditions.

Dr Marc Jousset.

REVUE CRITIQUE

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE.

Quatrième session tenue à Paris du 27 septembre au 2 août 1898.

COMPTE RENDU.

Nous avons à nous demander dans cet article quel a été l'esprit de ce dernier Congrès et quelles choses nouvelles en thérapeutique, en prophylaxie et en étiologie il a apporté à l'étude de la tuberculose.

L'esprit de ce Congrès a été sensiblement le même que celui du précédent. La croyance à la contagion de la tuberculose s'est affirmée de plus en plus et c'est à peine si on peut signaler quelques notes discordantes dans ce concert

des opinions. La contagion par les poussières desséchées des crachats ayant été depuis quelques années fortement battue en brèche par les travaux de laboratoire, les contagionnistes ont pensé qu'il serait bon d'appuyer l'hypothèse, déjà très ébranlée, de la transmission de la tuberculose par les poussières desséchées, d'un nouvel argument emprunté aux travaux de Flüggel. Cet auteur croit avoir démontré que la transmission de la tuberculose se fait principalement par les bacilles de Koch, projetés par les efforts de la toux et même par la simple parole (1). Ces travaux déjà contestés me paraissent une branche à laquelle sont heureux de s'accrocher des savants résolus à maintenir contre toute critique leur croyance à la contagion de la tuberculose.

Nous ne croyons pas devoir examiner ici les faits avancés par Flüggel, nous nous bornerons à constater que toutes ces explications de la transmission de la tuberculose, soit par les poussières desséchées, soit par les bacilles suspendus dans la salive, n'ont aucune valeur contre les faits cliniques. Le fait incontestable de la non-transmission de la tuberculose aux médecins et aux infirmiers de l'hôpital de Brompton et des autres sanatoria pour le traitement de la phtisie, le chiffre relativement peu élevé des infirmiers militaires atteints de tuberculose, la rareté enfin de la simultanéité de la tuberculose chez les conjoints

(1) L'explication de Flüggel supprime du coup les *crachoirs hygiéniques et obligatoires* qui doivent être remplacés par un *mouchoir obligatoire* tenu devant la bouche des malades quand ils toussent, parlent ou éternuent. La main placée devant la bouche est à la portée de tout le monde ; elle pourrait même suffire pour faire disparaître à jamais la tuberculose !

constituent des arguments, qui ont une autre importance dans le problème de la contagion de la tuberculose que les faits de Flüggel.

Le Congrès de 1898 n'a donc pas pu s'arracher aux préjugés des Congrès précédents; il s'est inspiré comme ceux-ci de la croyance à la contagion; aussi il ne pouvait être que stérile en thérapeutique et prophylaxie : c'est maintenant ce que nous allons voir.

Prophylaxie. — A part quelques exceptions que nous allons signaler tout à l'heure, tous les efforts des congressistes se sont résumés dans la question des crachoirs et des désinfections : crachoirs hygiéniques, crachoirs de poche, et surtout crachoirs obligatoires. Un des vœux du Congrès demande au gouvernement de faire confectionner pour 4 millions de crachoirs et d'en imposer l'usage aux malades. Si nous ajoutons que ces mêmes hommes demandent l'isolement des malades, la désinfection des logements et des vêtements, et enfin la déclaration par les médecins de cette maladie, on aura une juste idée de l'esprit tracassier, vexatoire et inquisiteur de toutes ces mesures. Certes, l'édit si fameux du roi de Naples serait dépassé, et les malheureux phtisiques n'auraient plus rien à envier aux lépreux d'autrefois. Si encore la transmission de la tuberculose par les poussières ou la salive contenant le bacille de Koch était une opinion incontestable et incontestée; si c'était réellement la condition évidente de la multiplication des tuberculeux, on comprendrait, jusqu'à un certain point, l'ensemble de mesures vexatoires, sans doute, mais destinées à délivrer l'humanité d'un de ses plus grands fléaux. Au lieu de cela, nous trouvons des opinions absolument contestables et contre lesquelles s'élè-

vent non seulement les recherches bactériologiques, mais surtout, et comme nous l'avons déjà exprimé, les faits cliniques les mieux observés.

Nous trouvons à ce chapitre de la prophylaxie les mêmes errements, mais cependant moins affirmatifs que dans les Congrès précédents sur la transmission de la tuberculose par la chair des bovidés et des gallinacés, par le lait, le beurre, le fromage et même les œufs !!!

C'est en vain que les travaux rapportés dans le livre de Strauss ont démontré que des populations entières se nourrissaient impunément de viandes tuberculeuses ; c'est en vain, qu'on a réfuté cent fois toutes les anecdotes sur la contagion par le lait, les mêmes assertions continuent à se reproduire et on dirait qu'un esprit de routine a frappé une partie des membres du corps médical. Quand ces hommes ont répété : « poussière tuberculeuse, lait tuberculeux, viande tuberculeuse », il semble qu'il n'y ait plus rien à dire sur l'étiologie de la tuberculose. Ces savants ont leur siège fait, ils tiennent la cause de la transmission de la tuberculose et, par conséquent, ils ont la clef de sa prophylaxie. Nous sommes donc en droit de leur demander ce qu'ils ont fait jusqu'à ce jour pour éteindre ce fléau, et nous sommes obligés de constater que le résultat est absolument nul : des vœux, des discours, et puis rien, rien, rien.

La conclusion de ce qui précède, c'est que s'il y a une prophylaxie de la tuberculose, on doit la chercher dans une autre direction. La croyance à la contagion de la phtisie n'a rien produit, cherchons ailleurs.

C'est ce que nous avons fait dans une communication à ce Congrès.

Dans cette communication, nous disions : Les travaux

de Landouzy et Martin, Gürtner, ont démontré que le bacille de la tuberculose était héréditaire aussi bien par le père que par la mère. D'un autre côté, les travaux de Volland démontrent que le bacille de Koch existe 96 fois pour 100 dans les ganglions lymphatiques des enfants. Küss, dans son dernier ouvrage, dit qu'il est difficile de faire l'autopsie d'un adulte mort d'une maladie étrangère à la tuberculose sans trouver en quelque point le bacille de Koch. Les médecins légistes et les médecins des asiles de la vieillesse confirment l'existence de tuberculose guérie ou latente chez la plupart de leurs malades. Enfin, presque tous les hommes réagissent à un certain degré aux injections de tuberculine, d'où je conclus que *nous sommes tous ou presque tous tuberculeux.*

Le prophylaxie de la tuberculose ne consiste donc pas, comme l'enseignent les contagionistes, à éviter l'introduction dans l'organisme du bacille de Koch, puisque ce bacille existe chez la plupart des hommes. La prophylaxie consistera essentiellement à mettre l'organisme en état de lutter contre le développement du bacille, et à le maintenir à l'état latent.

En effet, la pratique médicale nous montre que sur les 96 enfants sur 100 atteints du bacille de Koch, ce bacille évolue de trois manières différentes. Dans un premier groupe le bacille, trouvant un organisme prédisposé, un terrain bien préparé, évolue presque sans entraves, produisant dans l'enfance des affections de la peau et des glandes, puis des os, des articulations, des méninges, enfin à l'âge adulte, la phtisie.

Dans un second groupe, le bacille trouve un organisme mieux armé, un terrain moins propre à son développement, il donne naissance à des affections tuberculeuses

relativement bénignes, principalement à des écrouelles ; le malade guérit, sa constitution s'améliore et il semble désormais immunisé contre les affections tuberculeuses graves.

Enfin, dans un troisième groupe, beaucoup plus nombreux que les deux autres, le bacille rencontre un organisme contre lequel il reste impuissant. Les sujets de ce troisième groupe jouissent d'une santé robuste, chez eux le bacille reste à l'état latent, conservant seulement la faculté de se transmettre par hérédité. Mais, que cette constitution florissante vienne à fléchir sous l'influence de la misère, du chagrin, des excès, de l'alcoolisme surtout, ou bien qu'une maladie cachectisante comme le diabète se développe, le bacille reprend ses droits, et la tuberculose évolue comme chez les malades du premier groupe.

Telle est l'histoire pathologique de la tuberculose : quel enseignement en tirerons-nous pour la prophylaxie ?

Mettre l'organisme en état de lutter contre la bacille.

En l'absence d'un sérum capable d'immuniser l'organisme contre la tuberculose, nous n'avons à notre disposition pour cette lutte, que l'hygiène.

L'ennemi principal est l'alcoolisme ; c'est une des causes les plus puissantes de la tuberculose. La misère, l'alimentation insuffisante, les locaux insalubres viennent ensuite.

Il est facile de conclure qu'une nourriture suffisante, des habitations aérées, le logement des ouvriers transférés hors des villes, l'habitation à la campagne, l'aération, en toute saison, des chambres à coucher, et pour les riches, le séjour dans les montagnes ou au bord de la mer, constituent la vraie prophylaxie de la phtisie.

Thérapeutique. — Nous avons à enregistrer pour ce chapitre un résultat négatif il est vrai, mais qui a cependant sa valeur. Dans un rapport fort bien fait, M. Landouzy conclut fort nettement que, jusqu'à ce jour, il *n'existe aucun sérum ayant la propriété d'immuniser un organisme contre la tuberculose ou de guérir cette tuberculose.*

La tuberculine de Koch, de lugubre mémoire, reste néanmoins la base de toutes les médications contre la tuberculose. Je résumerai brièvement ce qui a été fait depuis le dernier Congrès dans cette voie et quelles sont les différentes variations apportées à la tuberculine de Koch.

Une seule idée a présidé à toutes ces préparations : séparer dans la tuberculine de Koch le principe malfaisant de l'autre principe à peu près inoffensif. Il est juste d'attribuer à Klebs la première idée de cette séparation. Ce médecin décomposa, par un procédé qu'il est inutile de rappeler, la tuberculine de Koch en deux parties : une, qu'il appela pyrétogène, et qui possède les propriétés néfastes de la tuberculine ; l'autre, non pyrétogène, absolument inoffensive pour les tuberculeux.

Koch, reconnaissant que sa tuberculine était dangereuse, sépare aussi lui, cette tuberculine en deux parties, au moyen de la centrifugation. Une première partie a des propriétés très analogues à la tuberculine brute, l'autre qu'il appelle résiduelle est inoffensive.

Marigliano opère une séparation analogue, seulement, il réunit ensuite dans une même préparation trois parties de la tuberculine active, contre une de celle qui l'est moins.

Pour notre pratique, nous nous bornons à précipiter par l'alcool, de la tuberculine brute, les principes coagulables

qui répondent à la tuberculine non pyrétogène de Klebs.

M. Landouzy me semble avoir sagement résumé la question, en disant qu'aucune de ces préparations n'était capable de guérir la tuberculose.

Quant à la tuberculine résiduelle de Koch, elle a été fort vantée par quelques médecins ; mais la plupart la considère comme aussi impuissante à guérir qu'à immuniser. Ils ajoutent que les préparations qui leur ont été envoyées d'Allemagne sont impures, et reprochent justement à Koch de n'avoir pas été suffisamment explicite pour son mode de préparation.

Nous avons eu bien des fois l'occasion d'exprimer notre opinion sur ce point de thérapeutique. La tuberculine non pyrétogène n'offre aucun danger ; elle donne chez les cobayes une survie très notable ; chez les malades exempts de fièvre, elle améliore et retarde les progrès de la tuberculose, elle a quelquefois fait disparaître les bacilles de Koch des expectorations, mais entre mes mains, elle n'a jamais jusqu'à ce jour guéri radicalement la tuberculose.

Nous mentionnerons en quelques mots l'*oxytuberculine* de M. Hirschfelder (de San Francisco) et une *nouvelle tuberculine* de M. Denys (de Louvain). De cette dernière nous ne dirons rien parce que M. Denys ne nous a pas encore donné la composition exacte de son médicament et que, jusqu'à présent, elle ne constitue qu'un remède secret. Quant à l'oxytuberculine, elle aurait produit entre les mains de son inventeur quelques succès.

Les rayons X ont été étudiés par M. le professeur Bouchard, tant au point de vue du diagnostic de la lésion que de son traitement ; nous dirons seulement que cette méthode est un appoint pour reconnaître la tuberculose, mais qu'elle n'a à son actif aucun résultat curatif.

Un résultat excellent du dernier Congrès a été la constatation des bons effets des sanatoria sur le traitement de la tuberculose. On a même émis le projet de *fonder des sanatoria pour les indigents*. Nous ne saurions trop applaudir à à cette pensée. Cette idée a fait de grands progrès depuis le dernier Congrès ; et, plus que jamais, les médecins s'accordent pour demander principalement à l'hygiène les vrais moyens curatifs et prophylactique de la tuberculose. Les *sanatoria marins* ne sont plus à faire leurs preuves aujourd'hui et les sanatoria par la *cure d'air* et le repos dans la phthisie pulmonaire, auront bientôt la même vogue.

On s'est bien vite convaincu de l'impossibilité de soigner les phtisiques pauvres à domicile et la fondation de sanatoria s'impose. Les Allemands, avec leur esprit pratique, ont calculé que les frais occasionnés par l'établissement de sanatoria étaient largement compensés par le travail des malades guéris ou même amendés. Ils ont même produit des chiffres et sur 12.000 phtisiques envoyés en sanatorium, si 9.000 peuvent reprendre le travail pendant trois ans, le bénéfice net sera de 7 millions 500,000 marks !

Les sociétés d'assurances se sont émues des bons résultats produits par les sanatoria, comme en Amérique, elles tiennent en grande considération le succès du traitement homœopathique, et elles ont payé à leurs assurés les frais de sanatorium !

En France, nous avons déjà un certain nombre de sanatoria, mais dans cette voie, nous sommes bien loin de l'Allemagne et de l'Autriche. Il faut dire cependant que le mouvement est donné et n'étaient les stupides exagérations sur la contagion, nos progrès seraient plus rapides.

Il y a cinq ans un riche propriétaire des environs de Paris me proposait un de ses châteaux pour y fonder un sanatorium pour les phtisiques et nos projets furent arrêtés par l'opposition de tous les propriétaires voisins qui craignaient la contagion !

En résumé, notons, comme une bonne chose, l'impulsion que le Congrès de 1898 donnera à la création des sanatoria en France.

Hérédité. — Sur l'hérédité de la tuberculose, nous avons à signaler la communication de M. Charrin, et celle de M. Widal.

M. Charrin a étudié les modifications présentées par les enfants de tuberculeux, modifications qui ne sont que les signes de la prédisposition à la tuberculose. Ces signes sont nombreux : Le premier est la naissance avant terme ou leur poids inférieur à la normale quand ils viennent à terme. Le second est la lenteur de leur accroissement. Le troisième est la diminution des *calories* émises, les descendants de tuberculeux n'émettant que 4 à 6 calories à l'heure au lieu de 7 à 9. Le quatrième est une émission moindre d'acide carbonique ; le cinquième une plus grande toxicité des urines.

Enfin, en appliquant à ces descendants de tuberculeux le procédé du professeur Bouchard, on constate que chez ces enfants la matière se détruit plus vite, l'usure est plus grande.

Quant à M. Widal, il rappelle à l'attention de ses confrères l'existence de tuberculose osseuse ou cutanée chez des vieillards qui avaient éprouvé dans leur jeunesse des symptômes de phtisie ; il cite des observations et il conclut en ces mots : « Ainsi donc, la tuberculose peut som-

meiller soixante-dix ans chez un sujet sans perdre sa virulence, ni la faculté de donner lieu à des manifestations nouvelles. » *(Semaine médicale*, n° 43).

Ce même médecin signale encore deux observations d'*hérédité rétrograde*. Dans ces cas il s'était écoulé trente-cinq ans entre la mort des enfants tuberculeux et l'apparition des premiers symptômes de cette maladie chez le père âgé de 70 ans.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion qui soutient que le bacille de Koch peut exister à l'état latent pendant presque toute la durée de la vie.

Nous signalerons encore la faculté que possède le sérum des tuberculeux de produire *très souvent* l'*agglutination* des bacilles de Koch.

Signalons encore le travail intéressant de notre confrère Cartier et le résultat de ses expériences malheureusement négatives sur le traitement de la tuberculose par le bacille de la morve.

Dans la séance du 30 juillet, M. Nocard a essayé d'établir l'identité des tuberculoses aviaires et humaines. Les expériences de ce savant n'ont point ébranlé dans notre esprit les différences de ces deux tuberculoses, magistralement établies par Strauss. M. Nocard concède du reste « que l'injection de produits tuberculeux de l'homme ou de bovidés, n'a jamais donné expérimentalement la tuberculose aux poulets. »

Conclusion. — Le quatrième Congrès sur la tuberculose n'a guère fait que répéter les précédents. Le spectre de la contagion continue à conduire le mouvement, et les seuls résultats pratiques se bornent à constater l'inutilité des

soins à domicile et l'utilité de la multiplication des sanatoria pour les indigents.

En terminant, nous passons la parole au Dr Besançon dont nous partageons complètement les opinions, sans vouloir prendre cependant la responsabilité de la forme dont il aime à revêtir ses idées.

« Le maréchal de Saxe mangeait ses bottes fortes à la sauce piquante. Déjà le rapport passablement coriace du professeur Grancher m'était resté sur l'estomac ; il faudrait des épices à emporter la langue pour digérer cette nouvelle pièce de cuirs que quelques savetiers de la médecine n'ont pas craint d'étiqueter :

« *Vœux votés* par le Congrès de la Tuberculose

« Ces congrès, dont la mode retournera sous peu en Allemagne avec une joyeuse escorte de pommes cuites, représentent la Médecine comme un bal de culs-de-jatte représente la Danse. De temps en temps un premier sujet y exécute un cavalier seul estimable. Mais presque toujours la scène n'y est occupée que par des choristes de province, dont les romances paraissent tout au plus bonnes à faire tourner les chevaux de bois.

« Leur dernière complainte est simplement lamentable.

« Le *Journal de Médecine Interne* a promis un lapin à qui apporterait une observation complète et indiscutable de phthisie par contagion... A moins qu'il ne soit entraîné dans cette danse de Saint-Guy épidémique dont Pasteur a été l'Offenbach, et où plusieurs de nos maîtres se disputent le rôle de Valentin le Désossé, tout médecin chez qui le délire des laboratoires n'a pas obscurci le sens d'observation est forcé de convenir que l'homme sain est absolument réfractaire à la tuberculose. Il faudrait en effet

être bouché à l'émeri pour ne pouvoir se faire entrer dans la tête que, si les bonnes religieuses des vieux hôpitaux ont pu rester cinquante ans indemnes dans des salles infectées et infectes, - et nullement pourvues de crachoirs montés —, c'est que la phthisie parasitaire n'est à aucun degré contagieuse.

Et si l'une de ces excellentes filles devenait poitrinaire, le médecin de la communauté accusait à juste titre le jeûne uni à un zèle excessif, ou le défaut d'air, ou parfois la dépression morale; mais jamais ce praticien à cravate blanche n'aurait incriminé une contagion, à laquelle il était lui-même soumis, — et qu'il évitait si aisément, grâce à un nombre suffisant de tranches de gigot, à sa promenade quotidienne, et à l'enjouement de son humeur.

« La prophylaxie de la phthisie étant exclusivement d'ordre économique et social, les congressistes en ont profité :

1° Pour sommer le gouvernement de se procurer au plus tôt 4 millions et demi de crachoirs en porcelaine.

2° Afin de favoriser l'éducation hygiénique du peuple, on substituera un Crachoir monté à la Semeuse des nouvelles monnaies divisionnaires, l'exergue du revers se transformant naturellement en ces mots *évitez la sciure de bois*.

3° Le Congrès exige également des Réunions internationales périodiques, avec cette conviction que tout orateur qui s'y donnera une courbature dans la langue aura bien mérité de l'Œuvre de la Tuberculose.

4° « Une démarche officielle sera faite par le comité « permanent auprès de la direction générale de l'Expo- « sition universelle de 1900, pour lui demander de s'in-

« téresser à l'œuvre prophylactique de la tuberculose, en « étudiant avec le comité la forme sous laquelle les visi- « teurs de l'Exposition seraient instruits sur les procédés « par lesquels se gagne et s'évite la tuberculose ».

5° Le dernier vœu concerne la stérilisation du lait destiné à la production du beurre et du fromage.

Efforçons-nous de rire, car c'est bête à pleurer.

La plupart des vœux émis étant destinés à se pétrifier en réglements, la besogne du Congrès se trouve du même coup être aussi malfaisante qu'elle paraît nigaude. Chaque nouveau règlement est un nid de chenilles, ou, si l'allusion semble vive, un chou largement pommé où se couve une nichée de fontionnaires. *Interdiction et répression, surveillants et inspecteurs, tel est le catéchisme de ces congressistes* dont les uns sont étranges et la plupart étrangers, tous d'ailleurs étant prêts à accepter pour leurs élèves ou pour eux-mêmes les places que l'on ne manquera pas de créer.

Quand aux résultats utiles obtenus jusqu'à ce jour, ils se résument dans cet aveu officiel « que les tuberculeux tendent de plus en plus à être considérés comme des pestiférés, et qu'il arrive qu'on les expulse de leur domicile » (Rapport de A. J. Martin).

Le public, qui confond les caniches du cirque avec les chiens de berger, voit dans le tube de culture la bonne houlette qui mène le troupeau. Il est impossible de se dissimuler que l'opinion publique marche avec les congressistes.

Sur mon désir, trois bénédictins en sueur compulsent depuis quarante-huit heures les registres d'abonnement

de notre journal. Le nom de M. Brunetière n'y figure pas. Je puis donc, sans risque d'être gourmandé, hasarder ce texte imprécis de Bossuet :

« Les hommes se passionnent pour l'erreur, jamais pour la vérité ».

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

De la cystostomie sus-pubienne dans le prostatisme

En dehors du siège et de la dimension de l'incision vésicale, la cystostomie sus-pubienne ne diffère vraiment de la taille hypogastrique que par la suture des lèvres de la vessie avec les bords de la paroi abdominale sectionnée.

Les avantages de cette opération sont de conjurer les accidents immédiats de rétention et d'infection et de permettre l'évacuation de la vessie tant que l'urèthre est obstrué.

Quelquefois la suture est impossible, lorsque la paroi abdominale est trop chargée de graisse ou bien lorsque la vessie est trop friable et rétractée.

La cystostomie est indiquée :

1° Chez les prostatiques *mécaniques non infectes*, lorsqu'il existe un obstacle plus ou moins insurmontable à la miction.

2° Chez les prostatiques offrant des signes d'urinémie, de septicémie urinaire.

Chez les prostatiques mécaniques la cystostomie doit être pratiquée lorsque la cathétérisme est impossible, lorsqu'il est difficile, douloureux, urétrorragique, thermogène, mal supporté, redouté par le malade, toutes conditions qui le rendent dangereux ; lorsqu'il existe des fausses routes, dans le cas également d'hémorrhagies vésicales ayant résisté à d'autres traitements dans le cas d'hématocèle vésicale, de caillots sanguins volumineux faisant, malgré la sonde, obstacle à la miction. L'emploi de la sonde à demeure, les ponctions avec les aiguilles capillaires ou les trocarts sont à rejeter.

La cystostomie est tout aussi indiquée chez les prostatiques atteints d'infection urinaire à forme aiguë ou chronique. Dans les cystites infectieuses aiguës, dans les cystites chroniques rebelles, douloureuses, ayant résisté au traitement cathétérien, au lavage de la vessie, la cystostomie trouve ses indications. C'est parfois le seul moyen chez les urinaires infectés de triompher d'un empoisonnent urineux grave, malgré la facilité avec laquelle la sonde arrive dans la vessie.

La statistique de M. Poncet donne : chez les protastiques mécaniques 2 morts sur 37 opérés ; chez les prostatiques infectés : (a) dans l'empoisonnement urinémique aigu 12 morts sur 29 opérés ; (*b*) dans l'empoisonnement urinémique chroniques 13 morts sur 46 opérés.

L'opération est surtout grave lorsqu'on opère tard. Même dans des cas particulièrement graves, l'ouverture de la veine peut sauver des urinaires. Plusieurs fois des prostatiques en situation désespérées sont revenus à la vie par ce moyen.

Le méat hypogastrique peut n'être que temporaire, si la miction se rétablit par les voies naturelles. En cas contraire, le méat reste permanent. Sur 34 malades à méat permanent, M. Poncet en a eu 14 avec continence, urinant tous les quatre ou cinq heures, 7 avec continence partielle et 13 avec incontinence. Chez ces derniers le port d'un urinal Collin ou Sonel atténue suffisamment les inconvénients de cette infirmité pour leur permettre de reprendre leur vie sociale habituelle.

Le protargol dans l'ophtalmie purulente.
(Mémoire de M. Darier.)

Rapport de M. Chauvel. — Le protargol, combinaison d'argent à base de protéine, est un succédané du nitrate d'argent sur lequel il a l'avantage de n'être ni irritant ni caustique. Il guérirait la conjonctivite catarrhale en trois jours, le conjonctivite purulente gonococcique en 8 à 20 jours. Pour toucher la muqueuse, on se sert de solution variant de 20 à 50 p. 100 selon l'intensité de l'inflammation. Pour les collyres la dose est de 5 p 100 seulement. En solution à 10 p. 100 le protargol aurait la même action prophylactique vis-à-vis l'ophtalmie des nouveau-nés que la méthode de Crédé.

Le tubage du larynx en dehors des milieux hospitaliers.

M. Cadet de Gassicourt. — Le tubage inventé par Bouchut en 1858 fut abandonné parce que la médication d'alors ne permettait pas de hâter la dissociation des fausses membranes. Le tube laryngien restait trop longtemps en place et produisait souvent de fort graves ulcérations du larynx. C'est seulement depuis l'emploi du sérum de Roux que le tubage est de nouveau employé en France, la

dissociation rapide des fausses membranes évitant les conséquences fâcheuses dues au séjour prolongé du tube dans le larynx. Le tubage est devenu la méthode opératoire de choix dans le traitement du croup, le trachéotomie est réservée à des cas spéciaux. Cependant le tubage n'est pas employé ou l'est très peu en dehors des hôpitaux et cela parce que son emploi n'est pas sans dangers. Le tubage en effet ne peut être fait que par le médecin. Il s'ensuit que si le tube se bouche ou bien s'il est expulsé, l'enfant peut être asphyxié avant l'arrivée du médecin.

M. Ballinghien croit qu'on peut néanmoins employer le tubage en clientèle, à condition que le médecin s'astreigne à revenir toutes les trois heures près de son malade et que, dans l'intervalle, il laisse près de lui une personne intelligente pouvant, à l'aide d'un fil, retirer le tube s'il est obstrué par des fausses membranes.

Cette pratique paraît audacieuse à M. Cadet de Gassicourt et sur l'autorité de Sevestre, il la déconseille formellement.

Dr Humeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Le signe de Kernig dans les méningites. — II. Vésicules aberrantes du zona. — III. Un cas d'abcès gazeux sous-phrénique. — IV. Exanthème scarlatiniforme dans la rougeole.

I

(*Séance du 29 juillet*). — M. Florand vient d'observer à l'hôpital Beaujon un nouveau cas de méningite cérébro-spinale chez un jeune homme de 16 ans, entré dans son

service avec une céphalée violente qui remontait à deux ou trois jours. Ce jeune homme présentait d'une manière très prononcée le signe de Kernig, ce qui a permis de faire le diagnostic, parce qu'il n'avait aucun autre symptôme de méningite que la céphalée; huit jours après son entrée, il est tombé dans le coma et est mort.

II

M. Giraudeau lit deux observations de vésicules aberrantes du zona pour joindre à celles de MM. Janselme et Leredde.

Obs. I. — A... 27 ans, entré à l'hôpital Necker en août 1895 pour un zona intercostal droit, présente quelques vésicules disséminées sur la cuisse droite, le bras droit, l'avant-bras gauche et la fesse gauche; deux de ces vésicules aberrantes laissèrent des cicatrices indélébiles comparables à celles des plaques de zona.

Obs. II. — M. M..., 47 ans, zona lombo-fémoral gauche intense, avec une trentaine de vésicules aberrantes disséminées sur tout le corps: au cuir chevelu, à la figure, dans la barbe, dans le dos, aux deux épaules, au genou droit.

III

MM. Galliard et Ch. Monod rapportent une observation très intéressante d'abcès gazeux sous-phrénique.

M. C..., 36 ans, ressent le 2 juin une douleur violente au côté gauche, pendant cinq heures, empêchant tout mouvement; trois jours après, vomissement alimentaire suivi de la même douleur, avec distension brusque de l'abdomen; depuis, grande faiblesse, inappétence, insomnie, fièvre et constipation: la température atteint et dépasse 39°.

Ces symptômes faisaient penser à une péritonite; un an auparavant, en juin 1897, hématémèse; depuis lors, douleurs gastriques, survenant deux heures après les repas, et se terminant par un vomissement, ces douleurs débutaient à l'épigastre et s'étendaient à la région dorsale. En mai 1898, nouvelle hématémèse.

En examinant le ventre, M. Galliard est frappé d'une voussure marquée de l'épigastre; à ce niveau la paroi est soulevée et tendue; il existe une grande sonorité à la percussion; en secouant la malade, bruit de succussion très remarquable, qui se retrouve au niveau de la région inféro-dorsale à gauche, lorsqu'en faisant asseoir la malade, on ausculte la base du thorax. En faisant coucher la malade sur le côté gauche, on observait de la matité à l'hypochondre gauche; cette région redevenait sonore dans le décubitus latéral droit.

M. Galliard diagnostique un abcès gazeux sous-diaphragmatique causé par une perforation de l'estomac.

M. Monod pratique une incision longitudinale à l'épigastre, sur la voussure, incision qui fournit des gaz fétides et une grande quantité de pus fétide; drainage et pansement antiseptique.

Au réveil, la malade est soulagée; le soir la fièvre tombe et ne reparaît plus.

Très rapidement, l'écoulement purulent diminue, la plaie se rétrécit; la malade quitte l'hôpital guérie.

IV

MM. Renon et Follet ont observé un cas dans lequel le malade a présenté tous les symptômes de la rougeole avec une éruption rappelant la scarlatine.

M. V..., âgé de 30 ans, sculpteur, vient, le 8 juin 1898, à la consultation médicale de l'Hôtel-Dieu, nous demander notre avis sur une éruption qui l'inquiète depuis la veille.

Le 7 juin, au matin, après une nuit sans sommeil, accompagnée de cauchemars, le malade est réveillé par un très léger mal de gorge. Il se regarde dans une glace et s'aperçoit que ses yeux sont très rouges et qu'il existe sur la face un semis de rougeurs. Il est pris, en même temps, de larmoiement pénible et de coryza intense avec fréquents éternuements. Ces signes augmentent dans le courant de la journée, l'éruption s'étend à la poitrine, puis se généralise au tronc, à l'abdomen et aux membres : cette éruption serait constituée par de petits points rouges, disposés comme si on les avait semés.

Depuis cinq à six jours, le malade était un peu souffrant ; il avait éprouvé un malaise général, de la lourdeur de tête, de la lassitude et de l'accablement ; mais il n'avait pas présenté le moindre trouble gastro-intestinal, notamment ni constipation, ni diarrhée. Dans cette période prééruptive, il n'existait ni rachialgie, ni épistaxis, ni angine.

Le 8. Quand nous voyons le malade, nous sommes tout d'abord frappés par la rougeur de ses yeux et l'intensité de sa conjonctivite. La face est encore un peu érythémateuse. L'examen de la gorge ne montre qu'un peu de rougeur diffuse du voile du palais, sans piqueté, sans coloration spécifique et sans enduit pultacé.

Nous faisons alors déshabiller le malade, et nous constatons sur l'abdomen, le tronc et les membres, une éruption qui présente tout d'abord tous les caractères d'un érythème scarlatiniforme. Elle est caractérisée essentiellement par un semis de petits points rouges un peu papu-

leux, disposés sur un fond de même couleur, mais moins sombre : la teinte générale est plus claire, un peu moins lie de vin que dans la scarlatine. Ce fond rouge érythémateux s'efface complètement par la pression ; les points rouges papuleux persistent, au contraire, quand on appuie. L'éruption n'est nullement prurigineuse. Elle est très abondante à l'abdomen et surtout à l'ombilic ; il n'existe pas d'érythème au niveau des plis de flexion.

Ce malade présente, en outre, du catarrhe intense des muqueuses conjonctivales et pituitaires.

Il n'y a rien de plus à signaler : l'appétit est régulier, le cœur est en bon état, les poumons et les bronches sont indemnes. Les urines, de quantité et de couleur normales, ne contiennnnt ni sucre, ni albumine.

Le pouls est à 96 : il existe donc un léger mouvement fébrile.

Dans les antécédents du malade, nous ne notons pas d'affection sérieuse : il n'a eu ni fièvre typhoïde, ni scarlatine. S'il a eu la rougeole, c'est dans sa première enfance; mais il n'en a pas le souvenir.

Ses parents sont vivants ; ils habitent l'Amérique, et il ne peut fournir aucun renseignement sur leur état de santé actuel.

Le 10. Le malade vient nous voir de nouveau à la consultation. Une partie de l'éruption a disparu, l'érythème est complètement effacé, et il ne reste plus que des taches foncées, non papuleuses, comme on les observe au déclin de l'éruption de la rougeole, ce qui donne un aspect tigré spécial. La conjonctive est encore un peu rouge. On ne note aucune trace de desquamation. La gorge ne présente rien d'anormal, les urines claires et limpides ne contiennent pas d'albumine, et l'état général est parfait.

Le 15. Le malade revient encore à la consultation. Il n'y a plus trace d'éruption sur tout le corps, il n'y a pas des desquamation ; mais les yeux ont conservé des arborisations vasculaires sur la conjonctive, et sont encore un peu douloureux. Les urines, claires, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Dans la genèse de cette éruption, on ne trouve pas de contagion apparente. Le malade n'a vu personne atteint d'une éruption quelconque, ni avant, ni après son affection, et cependant, au restaurant, où il prend ses repas, il dit s'être trouvé à côté d'une personne atteinte de rhume avec coryza.

C'est un cas embarassant, car si le malade a présenté les symptômes de catarrhe que l'on retrouve dans la rougeole, ces symptômes ne paraissent pas avoir précédé l'éruption comme c'est la règle.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

TETA ARANEŒ DANS L'ASTHME.

Ce remède a donné de bons résultats au Dr Kershaw de Saint-Louis qui l'a employé dans des cas d'asthme ancien, après l'échec des autres médicaments. Quelques toux des bronches, ont aussi été soulagées avec une rapidité surprenante. Ce remède est très utile dans l'insomnie persistante, le malade devient promptement tranquille, puis s'endort d'un sommeil léger et naturel qui le repose et lui rend des forces. Il ne peut pas encore, dit-il, donner des indications bien précises pour son emploi, mais c'est un médicament remarquable par sa rapidité d'action lorsqu'il doit agir. (*Hom. News.*)

MÉDICAMENTS DES INDURATIONS GLANDULAIRES

Le Dr William Bœricke attire l'attention sur quelques médicaments dont il a retiré de bons résultats pour les engorgements glandulaires. Au premier rang il place *Conium* 30 qui a, dit-il, une action positive et merveilleuse. Peut-être la teinture possède-t-elle le même pouvoir, mais certainement la 30e agit admirablement sur les glandes dures. Conium convient surtout aux sujets affaiblis, lorsque la tendance à l'induration est marquée. Les glandes sont infiltrées et indurées et cette infiltration gagne même le tissu cellulaire environnant. Conium est utile surtout à la suite de brûlures. Quelquefois les glandes ne sont pas douloureuses, mais des douleurs aiguës, comme

des coups de canif, sont une indication de plus pour Conium. La région mammaire est assez spéciale pour ce médicament, mais il convient bien aussi dans les autres régions.

Le *Lapis albus*, qui est un silico-fluorure de calcium possède aussi une puissance remarquable, mais il a besoin d'être donné à dose plus forte, à la 3ᵉ trituration. Il amène rapidement à la suppuration des glandes qui ont résisté pendant des mois à d'autres traitements. Il a une action marquée sur la glande thyroïde, d'où son emploi dans le goître. Il est très utile dans l'engorgement et l'induration des glandes du cou. Il affecte davantage le tissu cellulaire autour et dans l'intérieur des glandes que le tissu glandulaire lui-même et il agit mieux quand la glande a encore un certain degré d'élasticité que lorsqu'elle a la dureté de la pierre qui demande plutôt Conium, Calcarea fluo, Carbo an, ou Cistus. Un appétit vorace et de l'anémie sont de bons symptômes pour décider à employer Lapis albus.

Baryta, aussi bien Bar. iod., que Bar mur., est un grand remède pour les glandes. Il possède un pouvoir d'absorption au moins égal à celui de Iodium, mais ce dernier convient plutôt dans l'hypertrophie molle des glandes et au tissu conjonctif, tandis que Baryta et surtout Bar. mur., est indiqué dans la dureté pierreuse des glandes.

Calarea flua, est utile aussi à la 6ᵉ puissance pour les indurations de toutes sortes, quand le malade se trouve moins bien par un temps humide et mieux par des fomentations et des frictions sur les parties atteintes. (*Pacific Coast journal of Hom.*)

QUELQUES REMÈDES DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE, d'après le Dr Tapley.

Natrum mur. — Désir de sel, petites vésicules sur les bords de la langue. Les stades sont bien nets ; le frisson est violent il s'accompagne de soif et de maux de tête, la chaleur extérieure ne le soulage pas. Il y a souvent moins de soif pendant la chaleur et généralement le malade dort pendant cette période. La transpiration qui vient ensuite soulage graduellement le mal de tête. Le malade souffre de la privation du sel. Il faut employer la 200e à doses pas trop souvent répétées. Les personnes brunes, bilieuses, maigres qui ont coupé leur accès antérieures avec de la quinine ont presque toujours besoin de ce médicament.

Chininum sulf. — Fièvre intermittente, transpiration facile, cercle autour des yeux, estomac gonflé, faiblesse des extrémités inférieures, frissons parfois, mais le malade se plaint plutôt de la fièvre à cause de la faiblesse consécutive. Les accès viennent à des moments variables depuis qu'on a commencé à prendre de la quinine. Il n'y a pas les vomissements d'Ipéca, la courbature générale d'Arnica, le désir de sel de Natrum, ni l'extrême faiblesse d'Arsenicum. Alors Chininum sulf. 200e ou plus haut débarrassera le plus grand nombre de ces malades sans qu'on ait besoin d'avoir recours à d'autres remèdes. Arsenicum est plus fréquemment indiqué quand Chin. sulf. a déjà fait disparaître les accès du début.

Arnica. — Le malade se sent brisé par tout le corps, il se plaint d'un goût de bile désagréable dans la bouche. Pendant le frisson la tête est chaude, tandis que le reste du corps est frissonnant. On demande de la limonade pendant le frisson et pendant la chaleur. On frisonne si

l'on remue sous la couverture pendant la chaleur. La sueur a une odeur infecte, ce qui ne se rencontre que rarement, si l'on n'a pas abusé de la quinine. Dose 1000^e.

Arsenicum, — Indiqué surtout dans les cas chroniques. Le malade est très faible, il doit rester couché. Les accès sont très irréguliers, ils se montrent ordinairement après le dîner, ils sont toujours suivis d'une grande faiblesse. Il peut y avoir soif de petites quantités souvent répétées, ou de grandes quantités pendant la fièvre, ou absence complète de soif. S'il y a soif pendant le frisson c'est pour des boissons chaudes. Une seule dose de la Cm. à sec a suffi pour guérir un cas de purpura hémorragique consécutif à une attaque de fièvre intermittente.

Ignatia. — Accès dans la soirée, le frisson s'accompagne de soif et est soulagé par la chaleur extérieure. Le malade s'endort généralement après le frisson. La chaleur ne s'accompagne pas de soif et les couvertures ne sont pas désagréables. Une 200^e fera rapidement et sûrement disparaître ces symptômes chez un malade brun et très nerveux.

Ipéca. — Convient s'il y a des vomissements, ou si les accès de début supprimés par la quinine s'accompagnaient de vomissements. Malades d'un tempérament sanguin et lymphatique qui ont des yeux très vifs.

Lycopodium. — Aggravation de quatre à huit heures du soir, beaucoup de flatulence, frissons dans le dos. Tempérament sanguin et nerveux.

Pulsatilla. — Accès l'après-midi avec les autres symptômes de Pulsatilla.

Sepia. — Tempérament bilieux ou sanguin. Cas troublés par le traitement. Après Natrum mur. (*Pacific Coast journal of Hom.*)

Usages thérapeutiques du Solanum Carolinense.

Le Dr Milwain recommande chaudement l'emploi de ce médicament dans les spasmes de toute nature et dit qu'il ne se rappelle pas l'avoir vu échouer une seule fois. C'est un vrai spécifique dans les spasmes de l'accouchement ; un tampon imbibé d'huile de Solanum Carolinense appliqué sur le col permet à la dilatation de s'opérer sans être douloureuse. Ce médicament doit être employé à dose pondérable (*American Medical Monthly*).

Cratægus.

Les témoignages de la valeur de ce remède dans les affections cardiaques et la débilité se multiplient. Le Dr Armsbury rapporte dans le *Medical Counselor* un cas où à la suite d'un rhumatisme aigu, le patient présentait à l'auscultation un « terrible murmure dû à de l'insuffisance et à du rétrécissement aortique et mitral ». Les remèdes ordinaires n'avaient donné aucun soulagement ; quelques doses de cinq gouttes de teinture de Cratægus apportèrent un grand soulagement aux symptômes subjectifs et permirent au malade de reprendre la vie active.

D'un autre côté le Dr Clément rapporte son cas personnel dans le *Homœopathic Recorder*. Il était atteint d'une sérieuse angine de poitrine à laquelle ni Glonoïn ni Cactus ne faisaient rien. Cratægus à la dose de six à dix gouttes de teinture-mère, débarrassèrent son cœur de l'angoisse habituelle et éloignèrent beaucoup les attaques sérieuses.

Euphrasia.

Le Dr Eadie recommande Euphrasia lorsque la nécessité de se débarrasser de mucosités provoque le vomisse-

ment du déjeuner; à dose élevée. ce médicament fait disparaître ce pénible symptôme. (*Hom. Physician*).

Omithogatum umbellatum.

Cette plante est la dernière adoption du Dr Cooper dans sa médecine arborivible. Il en a obtenu de merveilleux résultats dans deux cas d'ulcération de l'estomac d'apparence maligne, avec quelques doses de jus de cette plante (*Hom. World*).

Salal serrulata.

Le Dr Hale qui a lancé ce nouveau médicament dans la thérapeutique homœopathique, dit qu'il a comme symptôme caractéristique : la crainte d'aller se coucher. (*Homœopathic Recorder*).

Les médicaments des affections du foie, (d'après Dewey *in Medical Century*).

Bryonia. — Quand il y a des douleurs semblables à des piqûres dans l'hypochondre droit, le premier remède auquel il faut penser est Bryonia, bien que pour ces douleurs nous ayons d'autres remèdes comme Chelidonium et Kali carbonicum. Sous Bryonia, le foie est augmenté de volume, congestionné et enflammé, les douleurs dans l'hypochondre sont augmentées, au moindre mouvement et soulagées en se couchant sur le côté droit ce qui diminue le mouvement de cette partie du corps pendant la respiration C'est le meilleur remède pour la jaunisse consécutive à un accès de colère. Chamomilla a bien ce même symptôme, mais le malade de Chamomilla est chaud et transpire tandis que celui de Bryonia frissonne facilement, bien qu'il semble avoir chaud. Il y a un goût amer dans la bouche et les selles sont dures et sèches; ou bien s'il y a

du relâchement les selles sont pâteuses, abondantes et elles s'accompagnent de coliques. Berberis a des douleurs de piqûres qui vont du foie vers l'ombilic. Chelidonium se distingue de Bryonia par le caractère des selles.

Mercurius. — Ce remède a une grande sensibilité dans la région du foie, le malade ne peut pas rester couché sur le côté droit. Le foie est augmenté de volume. La peau et les conjonctives ont une coloration jaunâtre. Les selles ont soit une coloration argileuse par suite de l'absence de bile, soit une teinte vert jaunâtre, et les selles bilieuses s'accompagnent de beaucoup de ténesme. La langue est recouverte d'un enduit d'un blanc jaunâtre qui conserve l'empreinte des dents et l'haleine est fétide.

Leptandra a des douleurs et de la sensibilité dans la région du foie et il se trouve surtout indiqué dans la paresse du foie chez les citadins. Il se différencie de Mercurius par les selles qui ressemblent à de la poix, sont noires et ne s'accompagnent pas de ténesme mais plutôt de coliques : les douleurs de Leptandra sont sourdes ; la partie postérieure du foie est le siège de douleurs et de brûlures.

Le caractère de la diarrhée sert aussi à différencier Mercurius de Magnesia muriatica qui est plutôt utile dans l'hypertrophie du foie chez les enfants faibles et rachitiques.

Mercurius est aussi le remède de la jaunisse consécutive à l'abus de la quinine dans les cas de fièvre.

Podophyllum. — Le principal usage de Podophyllum est son emploi dans les affections du foie. Il est indiqué pour les congestions sourdes ou chroniques du foie quand il y a de la diarrhée. Le foie est enflé et sensible ; la figure et les yeux sont jaunes et il y a un mauvais goût

dans la bouche. La langue est recouverte d'un enduit blanc ou jaune et il peut y avoir des calculs biliaires. Il y a une diarrhée aqueuse, ou bien « il y a de la constipation, les selles sont comme de l'argile. Il réssemble un peu à Mercurius et on l'appelle quelquefois Mercure végétal. »

Il y a beaucoup de médicaments qui ont ce symptôme « la langue porte l'empreinte des dents » savoir : Mercurius, Podophyllum, Yuccas, Stramonium, Rhus tox. et Arsenicum.

Un autre symptôme de Podophyllum est que le malade se frotte continuellement la région hépatique avec la main.

Chelidonium. — Les symptômes hépatiques de Chelidonium sont très importants. Il y a de la sensibilité et des douleurs de piqûres dans la région du foie, mais la caractéristique de ce médicament dans les affections du foie est une douleur sous la pointe de l'omoplate droite; il y a hypertrophie du foie, frissons, fièvre, jaunisse langue enduite de jaune, goût amer, désir d'acides, de choses aigres comme des pickles et du vinaigre. Les selles sont abondantes, jaune clair et diarrhéiques, elles peuvent être couleur d'argile. C'est un remède qu'il faut employer dans l'état bilieux ordinaire et dans la congestion ou inflammation du foie. Le caractère des selles le différencie de Bryonia.

Dans son ensemble, Chelidonium est peut-être notre plus grand médicament hépatique, il fait sécréter au foie une bile plus épaisse et plus abondante que n'importe quel autre médicament et il est utile pour faciliter l'expulsion des calculs biliaires. Pour la jaunisse catarrhale simple il suffit souvent pour tout. Il affecte le lobe gauche du foie moins que ne le fait Carduus marianus.

Digitalis. — Lorsque la jaunisse est le résultat d'une affection cardiaque, Digitalis peut être le remède. Il n'y a pas rétention de la bile ni obstruction des canaux biliaires, mais la jaunisse est due à ce fait que le foie n'extrait pas du sang les éléments qui doivent former la bile. Il y a de l'abattement, goût amer, sensibilité, hypertrophie et sensation de mourtrissure dans la région du foie.

Sepia a la figure jaune et blême avec une sorte de barre jaune en travers du nez, et les selles sont d'un jaune vif ou de couleur cendrée.

Digitalis est utile dans les formes de jaunisse les plus graves quand le pouls est irrégulier et intermittent et lorsqu'il y a une prostration rapide des forces.

Myrica cerifera. — Myrica est un remède important du foie. Il y a d'abord de l'affaissement, puis la jaunisse fait son apparition. Elle est due à une formation imparfaite de la bile dans le foie, et non à quelque obstruction. En cela on peut le comparer à Digitalis. Il y a un mal de tête sourd pire le matin, les yeux ont une teinte terne, sale, jaunâtre, la langue a un enduit jaunâtre. Le malade est faible et se plaint de sensibilité dans les muscles et de douleurs dans les membres, le pouls est lent et l'urine foncée. Son action est plus superficielle que celle de Digitalis. La jaunisse qui demande ce médicament est de nature catarrhale puisque c'est cette forme de jaunisse que produit ce remède. Le nez et la gorge sont remplis d'un mucus très adhérent et de mauvaise odeur.

Nux vomica. — Dans les maladies du foie qui surviennent chez des personnes qui ont abusé des liqueurs alcooliques et de mets très épicés, ou de quinine, ou bien chez les gens qui ont abusé des purgatifs, c'est à Nux

qu'il faut penser tout d'abord. Le foie est augmenté de volume, dur et sensible au toucher, la pression des vêtements est insupportable. Il peut y avoir des coliques. La jaunisse causée par la colère demande aussi Nux, et de même pour celle produite par l'abus de la quinine. Pour la première il faut se rappeler de Chamomilla qui est un excellent remède chez les femmes bilieuses nerveuses et irritables.

Dans l'hypertrophie du foie chez les buveurs il faut avoir présents à l'esprit outre Nux, Sulphur, Lachesis, Flori acidum, Arsenium et Ammonium mur.

Juglans cinerea cause, comme Nux vomica, une jaunisse avec douleurs de piqûre dans la région du foie et de l'omoplate droite avec selles bilieuses et maux de tête dans l'occiput.

Il faut comparer Nux avec China, Iris et Pulsatilla pour les affections du foie chez les gros mangeurs.

Aloès a un état bilieux par suite de paresse du système porte, le gonflement du foie, goût amer et jaunisse.

Lycopodium. — Lycopodium agit puissamment sur le foie. La région hépatique est sensible au toucher et est le siège d'une sensation de tension comme si on avait une corde serrée autour de la taille. Cirrhose. Les douleurs sont sourdes au lieu d'être aiguës et lancinantes comme sous Chelidonium. Plénitude de l'estomac après avoir mangé en petite quantité. Il n'y a pas de symptômes d'ictère vrai, mais une apparence blème particulière.

Natrum sulfuricum est utile quand le malade a un mauvais goût limoneux dans la bouche et qu'il croit qu'il a de la bile.

Il peut y avoir sensation de pesanteur et de douleur dans le foie, on peut se coucher sur le côté droit mais,

en se retournant sur le côté gauche, il semble que le foie est tiraillé et se déplace. Natrum sulfuricum est le grand spécifique de Schüssler dans les affections du foie et au point de vue clinique il a souvent une bonne action.

Carduus marianus. — Ce remède est indiqué dans la jaunisse avec douleurs de tête sourdes, goût amer, langue blanche avec les bords rouges, nausées et vomissements d'un liquide verdâtre. Il y a une sensation de plénitude insupportable dans la région du foie, les selles sont bilieuses et l'urine d'un jaune d'or. L'épigastre et l'hypochondre droit sont sensibles. Burnett pense que la présence d'une tache bien foncé sur la partie inférieure du sternum est une indication utile pour Carduus et dans ces cas il trouve que le foie et le cœur fonctionnent mal l'un et l'autre. L'état bilieux consécutif à la grippe se guérit souvent au moyen de Carduus.

Hydrastis a un goût amer, de la paresse chronique de l'intestin, du manque d'appétit, la langue sale et l'urine jaune. Carduus ressemble à Aloès. Hale dit qu'il tient le milieu entre Aloès et Hamamelis pour son action sur les veines.

Sulphur. — Sulphur convient aux affections chroniques du foie. Il augmente la quantité de la bile et il y a beaucoup de douleurs et de sensibilité dans la région du foie. Il complète souvent la guérison commencée par Nux. Les affections du foie qui résultent de l'abus du mercure demandent souvent Sulphur. Si les selles sont décolorées et s'il y a beaucoup de jaunisse et d'ascite, ce médicament est contre-indiqué.

Lachesis a la jaunisse comme tous les venins de serpent, et il est utile pour l'hypertrophie du foie chez les

buveurs avec sensibibité à la pression et battements dans le côté droit.

La jaunisse consécutive aux excès sexuels demande Cinchona. Le Dr Thayer de Boston a recommandé Cinchona dans les calculs hépatiques et le Dr William d'Augusta a eu des succès avec Ipeca! dans cette affection.

Phosphorus. — Phosphorus est homœopathique à la dégénérescence graisseuse du foie avec sensibilité très marquée et jaunisse. Les selles sont d'un blanc grisâtre. La cirrhose et l'atrophie peuvent réclamer Phosphorus. La jaunisse indique une maladie organique et le remède est utile dans les maladies malignes du foie.

Digitalis a été recommandé aussi dans l'atrophie jaune aiguë. La jaunisse qui accompagne la pneumonie peut aussi demander Phosphorus.

Taraxacum. — C'est positivement un remède du foie ; ses indications sont une langue en carte de géographie et un goût amer dans la bouche, des frissons après avoir mangé, de la douleur et de la sensibilité dans la région du foie et une diarrhée bilieuse.

Kali bichromicum a aussi une langue en carte de géographie.

Yucca filamentosa a une douleur qui va de la région supérieure du foie au dos et un mauvais goût dans la bouche. Les selles sont molles et bilieuses, elles s'accompagnent de beaucoup de vents. La face est jaune et blême, la langue présente les empreintes des dents. Un autre remède usité dans les troubles hépatiques est Eonymus il a un mal de tête intense, lourd et fatigant dans l'occiput, les selles ne contiennent pas de bile, et il est utile dans les troubles cardiaques dus à l'inaction du foie.

Chionanthus a un état bilieux, maux de tête avec nausées, langue sale, anorexie complète.

Burnett affirme qu'Hydrastis est le meilleur remède pour les coliques hépatiques.

Dr G. Nimier.

REVUE DES JOURNAUX

UN TRAITEMENT MÉCANIQUE DE L'ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS

M. le Dr A Rzad (de Rodz) a recours avec succès, dans les cas de mort apparente des nouveau-nés, au procédé suivant :

Le médecin asseoit l'enfant sur ses genoux, de façon à appuyer contre sa poitrine le dos du nouveau-né dont il embrasse le thorax avec les mains, en appliquant le pouce sur l'omoplate et les quatre autres doigts sur l'abdomen. Il fléchit ensuite rapidement le tronc de l'enfant jusqu'à ce que la tête pende en avant et il comprime en même temps le ventre et la partie inférieure de la poitrine,

On provoque ainsi une expiration énergique et l'écoulement des mucosités accumulées dans les poumons. Pour faciliter cet écoulement, on laisse le corps de l'enfant, pendant cinq à dix secondes dans l'attitude qui vient d'être décrite, puis on le redresse lentement. Pendant ce mouvement, on cesse de comprimer le tronc, on rejette en arrière la tête du nouveau-né en s'aidant des pouces avec lesquels on presse ensuite légèrement sur les côtes au-dessous des omoplates ; on obtient alors une inspiration profonde et parfois bruyante.

En faisant alterner régulièrement ces deux positions, M. Eizad parvient habituellement à ranimer le nouveau-né.

Ce procédé est beaucoup moins fatigant pour le médecin que celui des balancements rythmés du corps, et il présente encore sur ce dernier l'avantage de pouvoir être employé même dans une chambre très exiguë. (*Médecine moderne*, 20 juillet.)

LA GÉLATINE CONTRE LES HÉMATÉMÈSES DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC.

L'action hémostatique de la gélatine a été utilisée dans le traitement des métrorrhagies, de l'épistaxis, des pertes sanguines provenant d'hémorrhoïdes internes, etc., mais elle ne paraît pas avoir été signalée dans les gastrorrhagies dues à l'ulcère rond. Or, M. le Dr V. Poliakov, chef de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Moscou, vient d'observer un cas d'ulcère de l'estomac, dans lequel il a réussi à enrayer les vomissements de sang au moyen de la gélatine.

Il s'agissait d'une femme, âgée de vingt-deux ans, qui depuis deux ans souffrait de cardialgie avec pyrosis et présentait des hématémèses très abondantes remontant à quatre mois et se reproduisant presque chaque jour. La diète absolue jointe à l'immobilité dans le lit ainsi que l'administration de sous-nitrate de bismuth à hautes doses n'eurent aucune influence sur ces hémorrhagies et la patiente tomba bientôt dans un état de faiblesse extrême. Le cœur était dilaté, le pouls misérable et on voyait survenir des syncopes alarmantes. Dans ces conditions,

notre confrère prescrivit une solution de gélatine à 10 p. 100 que la malade devait ingérer à la dose de 200 centimètres cubes, répétée trois fois par jour. Dès le lendemain, il n'y eut plus de vomissements sanglants, et au cours des quatre semaines pendant lesquelles l'usage de la gélatine fut continué, on ne nota que deux ou trois hématémèses peu abondantes et qui s'arrêtaient aussitôt qu'on administrait la solution gélatinée.

Actuellement, il n'y a plus trace d'hémorrhagie ni de douleurs gastriques. La patiente digère bien le lait bouilli, les œufs et la viande hachée, et son état général s'améliore rapidement. (*Semaine médicale*, 27 juillet.)

DU MASSAGE ABDOMINAL DANS L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

M. Noguès d'après les idées de P. Guyon, qui pense que l'obstacle apporté à l'émission des urines chez les prostatiques réside plutôt dans la congestion de voisinage que dans l'hypertrophie de la prostate, a pensé à expérimenter le *massage abdominal* comme décongestif.

Les résultats de ce traitement lui ont paru très favorables à la première période de l'hypertrophie de la prostate, le massage ayant supprimé les douleurs pendant la miction ayant rendu l'émission plus facile et ayant diminué la fréquence des mictions nocturnes.

A une période plus avancée, les résultats sont moindre, mais cependant M. Noguès a observé des améliorations. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.* juillet.)

MÉNINGO-ENCÉPHALO-MYÉLITE DÉTERMINÉE CHEZ LE CHIEN PAR LE BACILLE DE LA SEPTICÉMIE DES COBAYES.

D'après MM. Phisalix et H. Claude, l'injection de 1 ou 2 centimètres cubes de culture du bacille de la septicémie des cobayes dans les veines détermine chez le chien un certain nombre de troubles nerveux dont les principaux sont la difficulté de la marche et de la station debout, le défaut d'équilibre, la raideur de la nuque et de la colonne vertébrale, enfin une hyperesthésie extrême et des crises de convulsions rappelant les paroxysmes tétaniques. La maladie s'accompagne d'autres accidents généraux et locaux de nature infectieuse et évolue en quatre à dix jours.

Les lésions macroscopiques consistent en une inflammation, considérable des médullaires avec exsudats séro-purulents, distension des ventricules et de l'épendyme. Au microscope, on constate, du côté du cerveau, outre la congestion et l'inflammation intense des enveloppes, une infiltration embryonnaire très marquée dans la substance cérébrale, avec ramollissement de la couche corticale et de la surface des capillaires et de leur gaine lymphatique.

Au niveau de la moelle, ou trouve des lésions de méningo-myélite aiguë et notamment un ramollissement de la substance grise péri-épendymaire sur toute la hauteur de la moelle cervicale et dorsale. Les régions lombaire et sacrée sont à peu près indemnes et leurs méninges ne présentent que peu de signes de réaction inflammatoire.

Cette infection expérimentale chez le chien est remarquable par la constance du siège des lésions nerveuse, par la localisation du processus infectieux aux parties supérieures de l'axe cérébro-spinal, contrairement à ce qu'on

observe dans les autres septicémies ou intoxication expérimentales, où la moelle lombaire et sacrée est atteinte plus tôt et à un degré toujours plus marqué. Enfin, les caractères symptomatiques, comme les altérations anatomiques, permettent de rapprocher ces faits de certains types de méningite cérébro-spinale de l'homme. (*Semaine médicale* 27 juillet.)

TRAITEMENT DU TÉTANOS PAR LES INJECTIONS DE SUBSTANCE CÉRÉBRALE.

M le Dr A. Krokiewicz, de l'hopital Saint-Lazare, à Cracovie, a eu récemment l'occasion, dans un cas de tétanos traumatique chez une femme âgée de quarante-six ans, d'expérimenter les injections sous-cutanées de substance cérébrale, lesquelles — d'après les recherches de MM. Wassermann et Takaki — doivent exercer une action favorable sur les phénomènes tétaniques. L'observation de notre confrère polonais est d'autant plus intéressantes qu'elle paraît constituer le premier fait d'application therapeutique de cette notion expérimentale.

M. Krokiewiez s'est servi pour ces injections de cervelle fraîche de veau, émulsionnée avec toutes les précautions d'asepsie dans une solution de chlorure de sodium à 0.6 p. 100, en utilisant aussi bien la substance grise que la substance blanche, mais en prenant soin d'enlever la pie-mère.

Une première injection hypodermique, pratiquée à l'hypocondre droit avec 5 centimètres cubes d'une émulsion de 5 grammes de substance cérébrale dans 15 centimètres cubes d'eau salée, eut pour effet de diminuer sensiblement le trismus, ainsi que les convulsions des muscles des

membres et du dos. Ce résultat s'accentua à la suite d'un seconde injection de 10 centimètres cubes d'une émulsion de 10 grammes de cervelle dans 15 centimètres cubes de solution de chlorure de sodium, faite le surlendemain. Quatre jours plus tard, on fit une troisième et dernière injection de 10 centimètres cubes d'une émulsion de 15 grammes de pulpe cérébrale dans 20 centimètres cubes d'eau salée. Bientôt après, la malade était en état de s'asseoir dans son lit, puis elle commença à ouvrir la bouche de plus en plus et, enfin, elle put se lever. Les convulsions toniques ne tardèrent pas à disparaître complètement.

Il faut noter que les deux dernières injections ont provoqué la formation d'abcès, tandis que la première, pratiqué avec une émulsion moins concentrée, ne fut pas suivie de suppuration. (*Semaine médicale* 31 août).

L'EXTRAIT DE CAPSULES SURRÉNALES CONTRE LA FIÈVRE DES FOINS

M. le Dr S. Solis-Cohen, professeur de médecine et de thérapeutique à la Philadelphia Polyclinics, a constaté sur lui-même que l'ingestion d'extrait de capsules surrénales fait disparaître rapidement la gêne respiratoire et les éternuements incessants par lesquels se manifeste la fièvre des foins. Il a suffit à notre confrère de prendre soit de l'extrait glycériné de capsules surrénales à la dose de 15 gouttes, répétée trois fois par jour, soit des tablettes (cinq dans le courant de la journée) contenant chacune 0 gr. 30 centig. de substance surrénale, pour ne plus éprouver les symptômes si pénibles du coryza « vasomoteur ».

L'effet favorable de cette médication serait dù, d'après M. Solis-Cohen, à une vaso-constriction qu'elle déterminerait du côté de la muqueuse nasale. C'est, du reste, de la même façon qu'agit l'atropine qui, comme on le sait, se montre également utile contre la fièvre des foins ; mais ce dernier médicament, lorsqu'on le prend aux doses élevées qui sont nécessaires pour obtenir l'effet thérépeutique voulu, provoque de la sécheresse de la bouche et des troubles de la vision. Or l'usage de l'extrait de capsules surrénales serait exempt de ces inconvénients. Le seul phénomène désagréable que notre confrère ait parfois observé à la suite de son emploi, c'est une odeur putride répandue par les matières fécales, fait qu'il attribue à ce que les tablettes qu'il prenait étaient préparées depuis trop longtemps. (*Semaine médicale* 31 août.)

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone*.

L'ART MÉDICAL

OCTOBRE 1898

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

JUIN 1898

J'ai eu l'occasion cette année de remplacer à l'hôpital Saint-Jacques un de mes collègues pendant le mois de juin, et j'y ai recueilli quelques observations qui feront le sujet de cet article.

Observation I

Méningite tuberculeuse, forme commune. Mort le onzième jour de la maladie.

X..., âgé de 12 ans, a eu plusieurs cousins morts, dit-on, de méningite tuberculeuse. Il n'existe pas d'antécédents directs. C'était un grand garçon, d'une santé délicate, très impressionnable et ayant eu de fréquentes bronchites.

Entré à l'hôpital Saint-Jacques le 1er juin et couché au n° 4 de la salle commune, cet enfant avait déjà passé quatre jours à l'infirmerie de l'école Saint-Nicolas, avec de la céphalalgie, des vomissements et une fièvre à 39°.

A son entrée, le petit malade présentait l'état suivant : céphalalgie frontale atroce, rachialgie, douleur et raideur de la nuque, abattement et somnolence sans délire. Les réponses sont brèves, la voix est nette. Le faciès exprime la douleur. Les pupilles sont dilatées et il existe un léger strabisme. La langue est saburrale. Vomissements bilieux

et constipation qui dure déjà depuis six jours. Ventre en bateau. Urine claire.

Mouvement fébrile. — Température 37,8. Pouls 90. Respiration normale.

Le 2 juin. Sixième jour de la maladie. Le matin, la température est à 37° et s'élève à 38° le soir. Le pouls est à 85. Il y a eu une selle après lavement. Deux vomissements dans la journée. Pendant la nuit, délire et rêvasserie. Persistance de la céphalalgie, de la raideur de la nuque qui devient très douloureuse au moindre mouvement communiqué.

Traitement. — Opium 3e trit., 20 centigrammes. Eau 200 grammes. Une cuillerée toutes les deux heures.

Le 3. Septième jour ; apyrexie, 37,4 matin et soir ; 84 pulsations.

Le soir, le pouls tombe à 72. La douleur frontale a encore augmenté. Le malade se plaint pendant sa somnolence. Léger strabisme, embarras de la parole, 5 vomissements dans la journée. Rougeur fugace de la face. Même traitement.

Le 4. Huitième jour de la maladie. 37,4 le matin, 38,1 le soir ; 80 pulsations. La somnolence est plus grande. La nuit, délire tranquille avec chant. Le malade se lève. La parole est plus libre. Les vomissements ont cessé. Une selle sanguinolente après lavement.

Traitement. — Opium 1re trit. dec. 0,20 centigrammes.

Le 5. Neuvième jour. Chute de la fièvre : 37,4 le matin, 37,7 le soir ; pouls 80, intermittent ; délire bruyant la nuit avec vision d'animaux, incontinence d'urine, quelques vomissements ; irrégularité des pupilles. Même traitement.

Le 6. Dixième jour. La température s'élève : 38,1 le ma-

tin, 38,2 le soir. Le pouls reste à 84. Bras droit paralysé, ne parle plus, torpeur, dysphagie, incontinence d'urine. Même traitement.

7 juin. Onzième jour. La température s'élève 39,2 ; pouls 160 ; 30 respirations par minute ; coma.

Injection de morphine au 50ème. Un gramme en trois fois. Décès à une heure.

Dans les premiers jours de la maladie de cet enfant la raideur et la douleur de la nuque, la rachialgie lombaire jointes aux signes incontestables d'une méningite nous a fait songer à un cas de méningite cérébro-spinale, maladie dont M. Netter a signalé l'existence sous forme épidémique et c'est cette raison qui nous a conduit à instituer le traitement par l'opium et nous avons continué ce traitement, même après qu'il nous a été démontré qu'il s'agissait bien d'une méningite tuberculeuse par-ce que je ne connais aucun traitement curatif de la méningite tuberculeuse.

Il existe de grandes analogies entre les symptômes de la méningite tuberculeuse et ceux de la méningite cérébro-spinale : même céphalalgie, mêmes vomissements et j'ajoute, même contracture douloureuse de la nuque.

Dans les deux maladies le mouvement fébrile toujours irrégulier peut faire complètement défaut pendant plusieurs jours. Les paralysies partielles, les convulsions et les contractures existent dans les deux cas. Et si, habituellement, l'ensemble et la succession des symptômes et principalement les troubles de la respiration et du pouls permettent d'asseoir un diagnostic positif, il y a des cas où ce diagnostic est fort difficile, surtout s'il existe dans la localité une épidémie de méningite cérébro-spinale.

On comprendra encore mieux cette difficulté si on veut bien réfléchir qu'il y a des cas mixtes, c'est-à-dire dans lesquels se trouvent associés le bacille de la tuberculose et le méningocoque.

Comme cependant la méningite cérébro-spinale est susceptible de guérison pendant que la méningite tuberculeuse se termine toujours par la mort, il est facile de comprendre quelle est l'importance d'un diagnostic positif dans ce cas. C'est pourquoi nous n'hésitons pas à conseiller la ponction lombaire qui permet de se procurer le liquide céphalo-rachidien et d'y rechercher le microbe caractéristique de la maladie.

Netter pratique l'opération de la manière suivante: il fait asseoir l'enfant et il enfonce directement l'aiguille d'une seringue de Pravaz sur la ligne médiane entre les lames de la 3e et 4e lombaire. On retire ainsi un liquide clair qui laisse déposer de petits grumeaux contenant le microbe qui a produit la maladie.

En terminant, nous voulons rappeler un signe de méningite découvert par Kernig et décrit dans tous ses détails dans la leçon clinique de Netter (*Semaine médicale*, n° 35, année 1898). Ce signe consiste dans la production d'une flexion des jambes, quelquefois même des bras, quand on fait asseoir les malades; les jambes sont fléchies sur les cuisses qui, elles-mêmes, sont fléchies sur le tronc et cette flexion a, jusqu'à certain point, les caractères d'une contracture et ne peut facilement être surmontée. Parfois aussi aux membres supérieurs, les avant, bras se placent en flexion sur les bras.

Ce signe est très fréquent et Netter l'a rencontré constamment dans 23 cas de méningites tuberculeuse ou cérébro-spinale.

Observation II

Pleurésie forme commune. Guérison par aconit teinture-mère.

Marguerite R..., âgée de 9 ans, entrée le 18 juin 1898 et couchée au n° 6 de la salle commune.

Cette enfant, âgée de 9 ans, était déjà malade depuis huit jours quand elle est entrée à l'hôpital.

Elle présentait un mouvement fébrile à grandes oscillations, 38,2 le matin, 39,2 le soir. Douleur peu intense dans le côté droit, matité complète des deux tiers inférieurs de la cavité thoracique du même côté; absence du bruit respiratoire; la voix est éloignée au niveau de l'épanchement et un peu chevrotante à ses limites. Voussure manifeste et absence de vibrations thoraciques. Bruit skodique sous la clavicule droite.

Pendant la première semaine de son séjour à l'hôpital cette enfant a pris successivement : Bryone teinture-mère X gouttes et Cantharis (3) III gouttes, trois jours chaque médicament sans aucune modification. Le mouvement fébrile persistait avec les mêmes caractères et l'épanchement ne présentait aucun signe de résolution.

Le 23 juin, je prescrivis Aconit, teinture-mère X gouttes, que la malade prit pendant trois jours (23, 24, 25).

La température baissa d'un degré, l'aconit fut porté à XV et XX gouttes et l'apyrexie fut complète le 28 juin, six jours après Aconit.

La résolution de l'épanchement suivit la décroissance de la fièvre. Elle était achevée quand nous quittâmes le service, à la fin du mois,

Cette observation présente un seul intérêt, l'*intérêt thérapeutique*.

La Bryone et la Cantharis qui constituent le traitement classique de la pleurésie, continuées plusieurs jours et administrées à doses variées, sont restées sans effet sur la maladie. Ou bien nous n'avions pas saisi l'indication, ou bien il s'agissait dans ce cas d'une pleurésie bacillaire et les grandes oscillations de la température faisaient craindre chez cette enfant une tuberculose.

Je me rappelai à ce moment les bons effets obtenus par Piedvache et par moi dans les pleurésies fébriles par l'Aconit. X gouttes de teinture-mère dans une potion furent administrées le 23 juin et continuées pendant trois jours. Puis la dose fut portée successivement à XV et XX gouttes dans les vingt-quatre heures.

Dès le second jour du traitement la température baissa d'environ 1 degré. Elle remonta un peu le quatrième jour pour disparaître définitivement sous l'influence de la dose de XX gouttes de teinture-mère par jour.

La lésion décroissait parallèlement au mouvement fébrile, comme nous l'avons toujours remarqué dans les pleurésies traitées par Aconit et la guérison était complète, trois semaines après le début de la maladie.

L'enseignement pratique qui découle de cette observation est la confirmation du précepte que nous avons donné bien des fois dans nos cliniques de prescrire l'Aconit toutes les fois que le mouvement fébrile constitue un des éléments de la pleurésie.

A ce propos je rappelerai que les anciens homœopathes plaçaient *l'Aconit* en première ligue dans le traitement de la pleurésie aiguë. Ainsi Jahr, qui représente la pratique ordinaire des premiers homœopathes, dit textuellement : « Le médicament principal contre la pleurésie est Aconit

et dans la plupart des cas il suffira pour la guérir entièrement. »

Nous reconnaissons l'exactitude de l'enseignement de Jahr sur ce point. Les succès de Bryone et de Cantharis nous ont fait négliger pendant un certain temps l'emploi de l'Aconit. C'est encore une fois à l'hôpital Saint-Jacques que nous avons eu l'occasion de reconnaître l'indication positive de l'Aconit dans le traitement de la pleurésie.

Ce médicament est indiqué toutes les fois qu'il existe un mouvement fébrile et j'ajoute avec Jahr qu'il suffit habituellement à la guérison complète de la maladie, c'est-à-dire qu'il produit la résolution de l'épanchement en même temps que la chute du mouvement fébrile. Il faut donc réserver la Bryone pour les cas où le point de côté est excessif et la cantharis suivie d'Hepar sulfuris pour la résolution des épanchements sans fièvre.

Observation III

Rhumatisme articulaire aigu. Echec du salicylate de soude à hautes doses pendant deux mois et demi. Action favorable du sulfate de quinine.

Mlle X...., femme de chambre, âgée de 25 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 6 juin 1898, et fut couchée au n° 3 de la salle commune.

Il y a cinq ans cette malade eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu; cette attaque fut bénigne et dura seulement huit jours.

L'attaque actuelle a débuté le 12 avril. Entrée le 28 avril à l'hôpital Beaujon, elle fut traitée par le salicylate de soude à la dose de 6, 8 et 9 grammes par jour. Malgré ces doses considérables, il n'y avait que des améliorations

passagères et les fluxions articulaires reprenaient dès qu'on suspendait le médicament.

Découragée et fatigué, d'un traitement qui avait duré cinq semaines, elle entra à l'hôpital Saint-Jacques. A ce moment elle était encore sous l'influence des dernières doses de salicylate et était presque sans souffrance.

On constatait chez elle un léger bruit de souffle au premier temps et à la pointe du cœur.

Je lui prescrivis Aconit (TM) II gouttes.

Deux jours après les fluxions articulaires reparurent aux mains et aux pieds accompagnées de gonflement et d'une coloration rosée de la peau. En même temps reparurent les sueurs profuses, surtout la nuit. La température s'élevait à 38° le soir.

Le 9 juin. Je commançai le traitement par sulfate de quinine. Je lui donnai d'abord 0,40 centigrammes puis 0,80 centigrammes en 6 cachets dans la journée.

Sous l'influence de cette médication, la température tomba à 37,6 au bout de trois jours, en même temps que toute douleur et tout gonflement disparaissait. Le lendemain il y eut une très légère douleur dans les doigts de la main gauche en même temps que la température montait à 38° le soir.

Grande amélioration les jours suivants et suppression du médicament. Toute petite rechute au pied droit et à la main gauche. On reprend le sulfate de quinine à 0,60; à 0,80; puis 0,40 centigrammes. L'amélioration est tout à fait notable. Il ne reste plus aucune trace du rhumatisme. La malade ne transpire plus mais au bout de six jours réapparition de quelques douleurs qui nécessitent la reprise du sulfate de quinine à la dose de 0,60 centigrammes.

Trois ou quatre jours après cette reprise de sulfate de quinine, les arthrites disparaissent complètement et la malade était entièrement guérie le 2 juillet, trois semaines après le commencement du sulfate de quinine, et trois mois après le début de la maladie.

Nous ne voulons pas conclure de cette observation que le salicylate de soude ne guérit jamais le rhumatisme articulaire aigu, mais ce fait s'ajoute à ceux déjà très nombreux qui démontrent que le salicylate de soude n'a souvent dans le rhumatisme articulaire aigu qu'une action palliative, qu'à côté des cas qui guérissent radicalement après l'usage du salicylate de soude pendant quelques semaines, un grand nombre de cas exige la continuation de ce médicament pendant très longtemps et à très hautes doses, qu'enfin dans certains cas dont je ne puis déterminer le nombre, malades et médecins sont obligés de renoncer à un agent thérapeutique qui n'est pas sans inconvénients, aux doses où on l'administre habituellement dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Souvent je me suis élevé contre l'emploi du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. On a même pu m'accuser d'un certain parti pris contre cette médication. Je persiste dans mon ancienne opinion, *premièrement*, parce qu'il est incontestable que dans des cas aussi rares que l'on voudra, mais qu'on ne peut nier, ce médicament a produit des accidents graves et même la mort. *Secondement* parce que s'il enlève presque constamment les douleurs, celles-ci reviennent pendant des semaines, dès qu'on cesse le médicament et que dans certains cas, les partisans les plus déclarés du salicylate de soude sont obligés d'y renoncer. Le fait précédent est un exemple de cet insuccès :

Il est certain que le rhumatisme dont est atteinte cette malade a un caractère de tenacité exceptionnelle, car si pendant cinq semaines il a sans cesse récidivé, malgré les doses énormes de salicylate, les arthrites ont reparu chez elle plusieurs fois après la suspension du sulfate de quinine.

Il est juste de reconnaître que si la guérison a été lente à venir, une amélioration très notable s'est manifestée quelques jours après l'administration de doses de sulfate de quinine très modérées et que toujours ces rechutes ont été très courtes et très faibles.

Deux cas d'albuminurie combattus par le bacille pyocyanique.

Je rapporte les deux faits suivants dans le but de rappeler à nos lecteurs l'action du bacille pyocyanique sur l'albuminurie. Mes cliniques des années précédentes contiennent plusieurs faits analogues. Voici d'abord les deux nouvelles observations.

Observation IV

M. X..., ancien militaire, âgé de 74 ans, a passé 17 ans en Afrique. Depuis six ans, cet homme est malade. Il a de la dyspnée d'effort et de l'œdème des deux jambes et du scrotum. Il est couché au n° 10 de la grande salle. C'est un artério-scléreux dont je n'ai pas à faire l'histoire en ce moment. Ses urines contiennent 0, 20 centigrammes d'albumine. Je lui prescris bacille pyocyanique 3e trit. 0, 20 centigrammes, à prendre dans la journée. Le lendemain, l'albumine était tombée à 0, 10 centigrammes: le troisième jour à 0, 05 centigrammes; le quatrième jour l'albumine faisait absolument défaut.

Le malade fut mis ensuite à l'usage de l'iodure de sodium à la dose de 0,20 centigrammes par jour. Ce traitement le soulagea rapidement, la dyspnée et l'enflure disparurent, les urines atteignirent et dépassèrent trois litres, mais l'albumine ne reparut plus.

Observation V

Mme Y..., couchée au numéro 14 de la salle commune, sexagénaire, atteinte d'artério-sclérose et de démence paralytique.

Cette malade, albuminurique depuis longtemps, avait le 2 juin 1 gr, 75 d'albumine dans ses urines. Je lui prescrivis le bacille pyocyanique 0, 20 centigrammes de la 3e trit. dans 200 grammes d'eau, 4 cuillerées par jour.

Le traitement fut continué tous les jours; l'albumine au bout de quarante huit heures tomba à 0, 75 centigrammes et le 12 juin, après neuf jours de traitement, les urines ne présentaient plus que 0, 30 centigrammes d'albumine.

Le traitement fut suspendu et l'albumine remonta à 1 gr. 75 comme au début. Le traitement fut repris. Vingt-quatre heures après les urines ne présentaient plus que 75 centigrammes.

A ce moment, j'essayai une dose plus forte, la 2e trit. Cette dose continuée pendant 4 jours ne diminua pas sensiblement l'albumine qui resta à 0, 75 centigrammes. Mais le traitement fut suspendu par la sortie de la malade qui entra dans une maison de santé spéciale.

Il faut remarquer expressément que le régime de la malade ne fut pas changé et qu'elle continua à manger de la viande et à boire du vin.

Ces deux faits n'ont pas pour but de démontrer que le bacille pyocyanique guérit les néphrites chroniques mais

seulement qu'il a une action incontestable sur le rein et qu'il peut diminuer ou même faire disparaître l'albuminurie en conformation avec la loi de similitude, puisque ce même bacille produit chez les animaux et la néphrite et l'albuminurie.

D[r] P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIE DE L'APOMORPHINE

L'*apomorphine* s'obtient en faisant chauffer entre 140 et 150°, en tubes scellés, la morphine et un excès d'acide chlorhydrique.

Bien purifiée et récemment précipitée, l'apomorphine se présente sous la forme d'une poudre blanche, mais au contact de l'air elle verdit promptement en s'oxydant. Elle est cristalisable et se dissout dans l'eau et mieux encore dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. Les solutions aqueuses et alcooliques sont d'un beau vert émeraude. La solution éthérée est d'un rouge pourpre et la solution chloroformée est violette (1).

I. — *Expérimentations et empoisonnements.*

1° — J. G. BLACKLEY (*Brit. J. of. Homœo.* XXI, 498.) — Le 25 mai 1869, à 9 heures du soir, il s'injecte X gouttes d'une solution au 10e sous la peau du bras gauche; le

---

(1) Pharmacopée homœopathique française. J. B. Baillière, in-8° 1898.

pouls étant à 72 et la température à 98° (36,7). « Pendant les deux premières minutes, il ne se produisit aucun effet. Après la troisième minute, le pouls commença à s'élever un peu et la respiration s'accélera un peu. A la fin de la quatrième minute, je sentis un soudain soulèvement de cœur, immédiatement suivi de nausées et d'un vomissement abondant. Il continua pendant plusieurs minutes, et fut suivi d'efforts toutes les fois que le contenu de l'estomac avait été évacué. Une gorgée d'eau avec un peu d'eau-de-vie fut immédiatement rejetée et un peu d'eau froide fut aussi rendue. Il n'y avait aucune bile dans les matières vomies. A la fin de la 7e et de la 8e minute depuis le commencement de l'expérience, je commençai à me sentir très faible et avoir envie de m'étendre, et immédiatement en le faisant je me trouvai mal et restai en syncope environ cinq minutes. En revenant à moi, je me sentis étourdi et frissonnant et fus obligé de prendre un peu d'eau et de cognac. Celui-ci fut gardé et comme je commençais à me sentir un peu assoupi, je restai étendu environ une heure, pendant laquelle j'eus des sueurs profuses. En me levant, j'eus encore un léger étourdissement, mais sans envie de vomir. J'allai au lit et dormis profondément toute la nuit, me réveillant vers 8 heures, dans mon état habituel, un peu pâle, mais avec bon appétit. »

Le pouls à 9 h. 5 était monté à 80, à 9 h. 12, il était tombé à 65. La température à 9 h. 5 était à 99,2 (37,3) et à 9 h. 12 à 97,8 (36,5).

2° — Le même (*Ibid*) — Le même injecta dans le bras d'un vigoureux charretier, âgé de 28 ans, ayant un ulcère à la jambe, à 8 h. 4 m. du soir, une solution de 1/20 de

grain (environ 3 milligrammes). Le pouls était à 76, la température à 98,3 (36,8). A 8 h. 8, il est étourdi, se plaint d'une pression à l'épigastre; pouls 88, faible, mais régulier; pupilles un peu dilatées. A 8 h. 9, il commence à vomir un peu. A 8 h. 10, vomissement abondant qui continue pendant trois minutes. A 8 h. 13, il boit de l'eau, qui est rejetée immédiatement; du lait est rejeté de la même manière. Pouls 80, faible; température 98,6 (37°). A 8 h. 20, il se sent encore étourdi et paraît pâle; les pupilles sont dilatées. Après être resté étendu une-demi heure, il se lève et retourne chez lui; il ne sentit pas d'autre effet désagréable et à 9 heures il mange un bon souper.

3° — V. Bourgeois (*Encyclop. d'Allen*, i, 427) —

a) Le 26 octobre 1873, M. Lachize m'injecte dans le bras gauche 3 milligrammes d'apomorphine; pouls à 60; respiration 16; température 36,8. A 9 h 23, pouls 72, sans autre malaise. A 9 h. 25, violente envie de dormir; sensation de chaleur dans tout le corps, mais surtout à la tête; rougeur de la face; pouls 92; respiration 20; température 36,9. A 9 h. 28, pouls 96; respiration 22. A 9 h. 30, pouls un peu irrégulier, moins de nausées; pouls 80; respiration 20. A 9 h. 35, pouls encore irrégulier; nausées disparues; somnolence; température 36,8, respiration 16. A 9 h. 40, sommeil. A 10 h. 15, réveil en en bon état; pouls 63, température 36,8, respiration 14. Déjeuner à 11 heures sans aucune sensation anormale.

b) Le 6 novembre, 6 milligrammes furent injectés à 9 h. 40 du matin; pouls 76, respiration 15, température 36,9. A 9 h. 43, pouls 80. A 9 h. 45, violente envie de vomir; pouls plein, régulier; pandiculations; pouls 100;

respiration 18, température comme avant. A 9 h. 48, efforts de vomissement; pouls 104; respiration 24, irréguliers tous les deux; température 36,8. A 9 h. 50, vomissement facile; pouls 94, encore irrégulier; respiration 20. A 9 h. 53, pouls 96; respiration 21; le vomissement continue. A 9 h. 55, le vomissement cesse, encore quelques nausées, pouls 94; respiration 18; tous les deux irréguliers; température 36,7. A 10 heures, tout à fait tranquille, somnolence; pouls 76; respiration 12; température 36,7 sommeil tranquille pendant une heure; en s'éveillant, pouls 68; respiration 8; température 36,8; Il mange le repas suivant sans aucun malaise.

c) Le 10 décembre, 3 centigrammes furent injectés à 2 h. 20 de l'après-midi; pouls 66; respiration 14; température 36,8. A 2 h. 22, pouls 134; respiration 19; vomissement, sans nausées préalables, précédé pendant une minute par une soudaine sensation de chaleur, parcourant tout le corps et persistant pendant trois minutes; pendant ce temps, pouls de 100 à 102; respiration de 20 à 24; température normale. A 2 h. 26, extrême fatigue; il essaye de se lever sans y parvenir; pouls 84, respiration 16. A 2 h. 27, pouls 78, respiration 15. A 2 h. 28, nausées, pouls 96, respiration 18. A 2 h 29, plusieurs vomissements, violent mal de tête. A 2 h. 32, tranquille, somnolence; pouls 98; respiration 17; température 37°; tellement fatigué, que les yeux se formaient involontairement. A 2 h. 36, nausées, pouls 104, respiration 16, température 37°. A 2 h. 38, vomissement moins copieux que les précédents; besoin invincible de repos. Il dort sur une chaise. A 4 heures, il souffre de fatigue; aucune autre mauvaise sensation; pouls 80; respiration 15; température 37°.

4° — Gee (*Trans. of Clin. Soc.* ii, 167). — Un cinquième de grain (environ 13 milligrammes) fut avalé par un homme en bonne santé. En vingt minutes, il se sentit étourdi et affaissé, avec une sensation désagréable dans la tête, avec beaucoup de nausées, pas du tout de somnolence; il devint alors très pâle, avec afflux de salive à la bouche; vingt-cinq minutes après la dose, vomissement facile; après avoir vomi deux fois il se sentit bien soulagé, but un demi-verre de vin et une demi-heure après se retrouvait dans son état normal.

5° — Le même. — Un jeune homme bien portant reçut dans le bras une injection d'un dixième de grain (environ 0 gr. 0.064.) Environ trois minutes après, il commence à sentir un malaise dans la tête; au bout de cinq minutes, il était très déprimé; au bout de sept, il paraissait très pâle et abattu, son pouls devenait rare et plus faible; il transpirait; dix minutes après l'injection, il vomit trois fois; le vomissement cessa après un peu de cognac et au bout d'une demi-heure il se trouvait bien.

6° — Le même. — Un homme qui travaillait avec l'apomorphine et qui avait quelquefois les mains trempées des solutions, vomit fréquemment trois ou quatre fois pendant la soirée; en outre, il était par moment déprimé, avec un malaise cérébral et mal disposé au travail.

7 — Le même. — Une ou deux fois, l'usage de l'apomorphine comme vomitif, produisit une dépression de la circulation et de la puissance musculaire générale plus forte que celle qu'on peut observer après un vomitif.

8° — Le même. — Un homme atteint de mal de Bright chronique reçut une injection d'un dizième de grain (0 gr. 0.064). Quatre minutes après, il vomit facilement. Les vomissements continuèrent par intervalle pendant une demi-heure. Il tomba alors dans un état de délire tranquille, après quoi il s'endormit pendant une heure; en se réveillant, d'après son propre rapport, il se sentait mieux qu'avant l'injection.

9° — Riegel et Boehm (*H. C. Wood.* op. cit).— Ils ont observé très fréquemment des vertiges, du mal de tête, et une disposition à bâiller; des sueurs profuses, de l'assoupissement avec apathie. Dans aucune de leurs expériences la pupille n'a été affectée; le pouls était très généralement diminué en force et en volume.

10° — Trousseau et Pidoux. — *a*). Si la dose injectée est insuffisante pour produire le vomissement, le patient au bout de cinq à dix minutes, devient pâle et sa circulation s'affaiblit. Nous avons vu dans ce cas le pouls tomber de 72 à 48. Le malade souffre alors d'envie de se trouver mal et de sueurs profuses; la vue s'obscurcit; les forces diminuent et le pouls est aussi faible qu'il est lent. Ces phénomènes sont heureusement passagers et le pouls se relève bientôt; les autres symptômes disparaissent graduellement et au bout d'une heure les patients goûtent un sommeil réconfortant.

b) Lorsque la dose est vomitive, les résultats sont différents. Il n'y a pas d'envie de se trouver mal sans nausées, comme dans le cas précédent, mais au contraire des nausées prononcées, se terminant au bout de trois à cinq minutes par un vomissement. Ce dernier peut aussi sur-

venir d'emblée. Il est rapidement produit, mais modéré, et vide entièrement l'estomac, ramenant rarement de la bile et jamais suivi de diarrhée. Chaque crise de vomissement est courte, suivie d'un état marqué de bien-être et souvent suivie d'un petit somme.

11° — MURRELL (*Brit. Med. Journ.* 28 fév. 1891). — Un malade de 58 ans, prend un gros d'une solution au 100e trois fois par jour pendant une semaine sans difficulté. Je porte la dose à 7 gr. 4 (deux gros) trois fois par jour et le malade se plaint qu'elle lui donne une douleur aiguë au travers du front et sur l'arête du nez et qu'il se sent si endormi qu'il ne peut tenir les yeux ouverts (1).

12° — PASZKOWSKI (*Przeglad lekarski*, 34, 1875). — Après avoir étudié l'action de ce sel sur des sujets sains, il conclut de ses recherches qu'à petites doses cette action délétère est aussi prononcée qu'à de hautes doses ; elle se produit, en effet, tant que le vomissement n'a pas eu lieu. Paszkowski considère qu'il y a antagonisme entre le centre du vomissement et les centres moteur et respiratoire, qui sont aussi influencés par l'apomorphine et que l'acte du vomissement, produit par l'excitation du premier de ces centres, aurait une action calmante sur les autres centres.

Comme la dilatation de la pupille ne fait jamais défaut, quelques faibles que soient les doses employées, il est à croire que c'est sur le sympathique que l'apomorphine agit en premier lieu : l'action sur le pneumo-gastrique et le centre du vomissement ne serait que secondaire.

(1) Ces 11 observations sont traduites de *A Cyclopedia of drug pathogenesy*.

13° — PÉCHOLIER (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 23). — M. Pécholier, surmené depuis quelques jours, prit un refroidissement, suivi de frissonnements, malaises et mal de gorge. Le cinquième jour, pensant que son mal était de nature rhumatismale, il prit 6 grammes de salicylate de soude dans la nuit. Le médicament n'ayant produit aucun effet, il fit deux injections de 1 centigramme de morphine, qui n'amenèrent qu'un soulagement momentané. Il fit ensuite une application de huit sangsues derrière les oreilles. Loin de diminuer, la douleur augmenta, ainsi que le malaise général ; la déglutition et la respiration étaient même assez difficiles. Pecholier eut alors l'idée d'employer l'apomorphine en injection hypodermique : il venait d'obtenir, dans son service, un bon effet de ce remède, administré à la dose de 2 centigrammes, dans un cas d'angine. A cause d'une certaine résistance personnelle aux vomitifs. il résolut de prendre 3 centigrammes ; mais à peine avait-il été injecté, que se produisirent des nausées pénibles, presque lipothymiques, et des efforts de vomissements qui n'aboutissaient pas. Presque aussitôt après, perte de connaissance, figure livide absence de mouvements respiratoires. Un instant, le médecin, qui était venu pratiquer l'injection hypodermique, pensa qu'elle avait entraîné un dénouement fatal ; mais l'exploration du pouls lui montra qu'au milieu de cet état alarmant, le cœur continuait à fonctionner régulièrement. Au moyen des deux doigts vivement introduits dans la bouche du patient, il essaya d'amener les vomissements ; ceux-ci n'eurent point lieu, mais la respiration reprit sous cette influence, lente et difficile. Une nouvelle injection d'apomorphine devait être faite pour entraîner

les vomissements, qui ne s'étaient pas encore produits C'est ce qui eut lieu. Sous l'influence de cette deuxième dose, les vomissements éclatèrent très abondants, et le malade se sentit soulagé ; mais ce demi-réveil ne dura que peu de temps ; bientôt les vomissements s'arrêtent et le collapsus redevient complet pendant trente à trente-cinq minutes. L'état se montre même plus grave ; le pouls, jusque-là très bon, diminue et devient irrégulier, la température s'abaisse. Une sinapisation presque générale et une injection hypodermique d'éther ramenèrent d'abord un peu de sensibilité, puis la connaissance ; enfin toutes les fonctions reprirent assez rapidement leur état normal.

II. — *Expériences sur les animaux.*

1° — Gee (*loc. cit.*). — L'apomorphine injectée à larges doses aux petits animaux produit de graves symptômes qui se rapportent au système nerveux. Deux grains (0 gr. 13) furent injectés à un chien ; il vomit et au bout de 2 à 3 minutes, il commence à courir en rond dans la grande pièce où on faisait l'expérience et d'une manière vraiment méthodique. Il se remit complètement. Trois grains (0 gr. 19) injectés à un chat produisirent plus d'excitation : sa course çà et là était fréquemment interrompue par des bonds élevés et de vraies culbutes ; ses pupilles étaient dilatées au maximum et insensibles. Deux grains de plus (0 gr. 13) produisirent des convulsions épileptiformes. Deux autres grains furent injectés, 7 en tout (0 gr. 45) ; les convulsions furent suivies d'une résolution complète, le cœur battait assez fortement ; il fut trouvé mort le lendemain matin. Tous les organes étaient sains ; il n'y avait aucune hypérémie.

2° — Blackley (*loc. cit.*). — Il injecte un cinquième de grain (0 gr. 013) dissous dans un peu d'eau sous la peau du ventre d'un énorme chat, à 10 h. 20 du soir. A peine quelques secondes ensuite, il commence à être excité et à sauter autour de la chambre; les pupilles étaient très dilatées; il courait follement autour de la pièce en regardant en haut des murs. A 10 h. 25, la respiration et le pouls étaient très accélérés; il était très excité et sauvage; très sensible au plus léger bruit; courant autour de la pièce, en essayant d'escalader les murs, retombant sur le dos à chaque tentative. A l'examen ophthalmologique les vaisseaux de la rétine paraissent très congestionnés. A 10 h. 40, on injecte encore 1/5 de grain (0 gr. 013); miction. Il va çà et là comme un tigre en cage, regardant toujours en l'air vers les murs. Les pupilles sont dilatées au maximum; respiration 92 par minutes, A 11 heures, on injecte encore 2/5 de grains; légère salivation; la langue pend hors de la bouche; il est très sauvage si on le touche; il court çà et là de place en place, ses pattes de derrière légèrement traînantes; légers soubresauts de tête, surtout lorsqu'il entend du bruit; il court en arrière. Le lendemain matin tous les symptômes avaient disparu, sauf que pendant deux jours il traîne légèrement ses pattes postérieures.

3° — Chouppe (*Gaz. méd. de Paris*, 1er août 1874). — Il divise les deux pneumogastriques d'un chien, qu'il laisse en repos jusqu'à ce que les vomissements produits par l'opération aient entièrement cessé. Il fait alors des injection sous-cutanées et intraveineuse d'apomorphine, d'émétique et d'ipéca. Avec les deux premiers, le vomissement survenait aussi rapidement et aussi facilement que si les

nerfs avaient été intacts. Avec le troisième, il ne venait jamais.

4° — SIEBERT et MOORZ (*Bartholow*). — Ils ont démontré que l'apomorphine n'affecte pas la pression sanguine et que le pouls monte quand l'effet émétique se produit, est au maximum pendant le vomissement et descend dans les intervalles. Elle produit d'abord l'accélération de la respiration, ensuite diminue la force et la profondeur des mouvements et finalement les arrête. Ce résultat survient même quand les pneumogastriques sont coupés. Elle n'a pas d'influence appréciable sur la température. Au point de vue de son influence sur le système nerveux, elle agit d'abord comme un fort excitant. Ensuite, elle cause des tremblements musculaires, suivis de paralysie et de convulsions. L'irritabilité musculaire est gênée mais non détruite et les fonctions des nerfs moteurs et sensitifs reste intacts (1).

5° — E. HARNACK (*Arch. f. experim. Pathol.* Leipsig, 1874). — 1° *Action sur le centre du vomissement.* — Chez l'homme et chez les mammifères, ce centre est excité; à très petites doses chez l'homme et chez les chiens ; à hautes doses, chez les chats (Siebert). On ne sait point encore si de fortes doses (0,4 à 0,6) paralysent ce centre chez les chiens ; toutefois, de telles doses ne déterminent pas le vomissement chez ces animaux (Quehl, Harnack). Chez les grenouilles, il n'y a point excitation du centre (Siebert, Quehl, Harnack).

2° *Action sur le centre de la respiration.* — *Chez les lapins.* — Par de petites doses d'apomorphine (1/2 à 5 milligr.)

(1) Ces quatre expérimentations sont traduites de *A Cyclopædia of drug pathogenesy.*

excitation considérable du centre. A plus hautes doses (10 à 20 milligr.), diminution d'activité du centre, jusqu'à la paralysie. A la dose de 20 à 50 milligr., paralysie presque instantanée.

Chez les chiens. — A la dose de 50 milligrammes et au-delà, excitation considérable du centre; même à la dose de 0,6 pas de paralysie.

Chez les grenouilles. — A la dose de 10 milligrammes, la respiratoire s'arrête complètement, soit par paralysie du centre, soit par paralysie des muscles de la respiration (Harnack).

3° *Action sur les centres des mouvements volontaires*
Chez les lapins. — A très petites doses, excitation considérable, à hautes doses, convulsions (Harnack).

Chez les chiens et les chats. — A hautes doses, excitation, mouvements de manège (Siebert, Quehl).

Chez les grenouilles. — D'abord excitation, puis bientôt paralysie complète (Harnack).

4° *Action sur les centres de la sensibilité.* — *Chez les lapins.* — Aux moindres doses (1/2 milligr.) excitation (Harnack). *Chez les chats*, excitation considérable, mais à plus hautes doses. *Chez les grenouilles*, au premier stade de l'action, la sensibilité paraît excitée.

5° *Action sur les muscles striés.* — *Chez les grenouilles*, à la dose de 1/2 à 5 milligrammes, leur excitabilité est beaucoup diminuée; à doses plus élevées, elles disparaît (Harnack).

Chez les mammifères, on a observé des paralysies de la motilité, mais on ne peut savoirsi elles sont dues à une action sur les centres nerveux ou à une action directe sur les muscles (Quehl, Harnack).

Chez l'homme, dans deux cas, troubles de la motilité, localisés sur quelques muscles (Moerz).

Chez les jeunes individus, et aussi à fortes doses chez les gens âgés, collapsus et résolution musculaire (Riegel et Bœhm).

6° *Action sur le muscle cardiaque.* — Il se paralyse chez les grenouilles.

(*La fin au prochain numéro*).

Dr Marc Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE

ÉRUPTIONS PRODUITES PAR L'ANTIPYRINE

Nous avons publié dans l'*Art médical* (1) la pathogénésie de l'antipyrine.

Nous voulons ajouter quelques renseignements que nous venons de trouver dans la *Revue générale de pathologie interne* (2) sur les éruptions produites par l'antipyrine.

Basé sur trois cas d'érythème observés chez des femmes anémiques, nerveuses, sujettes aux céphalées, et habituées à prendre de petites doses d'antipyrine (0,50 centigrammes); ce travail montre que l'éruption, précédée de sensations de brûlure, consistait en plaques rouges,

(1) Tome LXXXVI, pp. 116, 186, 267 et 331.

(2) 5 juillet 1898.

surélevées au centre, circulaires, mal limitées, de la largeur d'un sou, que l'on voyait aux extrémités, au dos, à la face. Le deuxième ou troisième jour paraissaient des vésicules à contenu clair, qui confluaient en certains points en vésicules plus grosses. Au bout de quatre jours la desquamation se faisait et laissait une pigmentation foncée. L'état général ne s'en ressentait pas.

D'assez nombreux travaux ont été faits déjà à ce sujet. En 1887, Schwartz en réunissait 52 cas, dont 41 du type rubéole, 4 du type ortié, et les autres du type érythème. Puis Barié, Daremberg, Spitz, Leroux, Hardy, H. Fournier, Pignot, Lemonnier, Talamon en ont signalé du type scarlatin; le type papuleux est plus fréquent et souvent l'éruption simule la rougeole. Quelquefois grande est l'analogie avec la roséole syphilitique, et Fournier a mentionné un cas d'éruption limitée à la paume de la main et simulant une syphilide papulo-squameuse. Morel-Lavallée a vu un cas de glossite dépapillante qui simulait des plaques muqueuses. On a décrit plus récemment des érythèmes mixtes se limitant surtout aux orifices naturels, aux mains, aux pieds, au scrotum.

Etudiant l'histologie pathologique de ces érythèmes, l'auteur a trouvé surtout des lésions de l'épiderme et du corps papillaire, peu de lésions du derme et une intégrité absolue du tissu sous-cutané. Les papilles sont allongées et épaissies. Les capillaires sont distendus. On note toujours une pigmentation anormale du derme et même de l'épiderme. L'auteur n'a jamais vu d'hémorrhagies. L'histologie montre que le processus inflammatoire dure encore après la période aiguë de l'éruption. Les lésions sont donc analogues à celles de l'érythème polymorphe.

Quant à la pathogénie, Besnier en a fait un érythème

toxique et, pour lui, l'intoxication agirait par un simple trouble d'angionévrose ; au contraire, Tommasoli et l'auteur croient à une inflammation directe des parois vasculaires causée par l'irritation de la matière toxique charriée par le sang. C'est d'ailleurs conforme aux idées actuelles sur les érythèmes des maladies infectieuses, qui paraissent souvent dus à une action locale des microbes ou de leurs toxines. D'ailleurs l'auteur, comme déjà Tonnel et Raviart, a trouvé dans le contenu des vésicules la réaction de l'antipyrine avec une solution iodo-iodurée, ou avec du sesquichlorure de fer. (Mibelli. *Monatshefte f. prakt. Dermatol.* 1er juin 1898).

Les exanthèmes causés par l'antipyrine se présentent sous deux formes. Ils sont généralisés ou plus ou moins localisés et, dans ce cas ils siègent surtout au voisinage des cavités naturelles (bouche, anus, paupières), aux organes génitaux, aux extrémités, aux mains, aux doigts et aux orteils, quelquefois au dos et aux muqueuses. Ces exanthèmes sont de diagnostic difficile, et peuvent faire croire à des éruptions syphilitiques. Ce sont des macules rondes ou ovales, rouges, sur lesquelles se forment des vésicules ; puis survient une desquamation furfuracée ou en croûtes, et il reste souvent de la pigmentation. Souvent le malade se rappelle à peine avoir pris de l'antipyrine qui est d'usage si courant qu'il n'est même pas considéré comme médicament. Souvent ce n'est qu'au bout de quelque temps d'emploi que survient l'éruption, mais alors l'ingestion de nouvelle doses provoque vite de nouveaux éléments éruptifs, avec hyperthermie. L'auteur relate quatre cas où l'exanthème était limité dans quelques régions, et un d'éruption généralisée,

Malgré les nombreux cas publiés, on peut dire que l'exanthème par l'antipyrine est rare. Paul Guttmann a dit qu'il a vu un érythème dû à cette substance chez une hystérique qui n'en avait pris qu'un gramme et qui eut de l'amaurose passagère. La dose n'a pas grande influence.

On comprend que l'antipyrine, qui a une action puissante sur le système nerveux, produise des éruptions d'origine névrosique, mais Tonnel et Raviart admettent que l'antipyrine agit par irritation locale, et ce qui le prouve c'est sa présence dans le liquide des vésicules. L'antipyrine est très irritante, comme le montrent les douleurs qu'elle provoque en injection sous-cutanée. Le retour des éruptions à des points déjà frappés s'explique par les lésions des vaisseaux sanguins causées par l'antipyrine et qui rendent les vaisseaux plus perméable. La pigmentation dépend surtout de la répétition des éruptions.

Il serait à voir si en même temps il existe des troubles d'élimination de l'antipyrine par l'urine; dans quelques cas on n'a pas pu la retrouver dans l'urine. (WECHSELMANN *Deutch. med. Woch.*, 26 mai 1898.)

Dr MARC JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

A PROPOS DE L'ARTICLE DE M. PATEIN SUR L'HOMŒOPATHIE.

La Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie vient de publier, sous la signature de M. G. Patein, un article sur la thérapeutique et la pharmacologie de Hahnemann.

J'ai hésité à parler de cet article dans notre journal ; car, si d'un côté l'auteur montre une certaine bienveillance vis-à-vis de Hahnemann et de son œuvre, il donne, sans le vouloir, j'en suis certain, une idée très fausse de la grande réforme thérapeutique inaugurée il y a plus de cent ans.

La bienveillance de l'auteur arrère ma critique, mais l'intérêt de la vérité me contraint cependant à rectifier le tableau qu'il fait de nos doctrines.

M. Patein n'a pas dit précisément dans son article des choses fausses sur Hahnemann, mais je lui reproche de n'avoir vu qu'un côté de l'homme et qu'un côté de la doctrine ; en sorte que, sans jamais avoir altéré la vérité, son article n'en est pas moins une exposition tout à fait fausse de l'homœopathie comprise dans son ensemble. Ce que je reproche à M. Patein, c'est de parler de l'homœopathie aussi inexactement qu'il parle de l'évangile, car il termine son article en disant « il sera beaucoup pardonné à Hahnemann parce qu'il a beaucoup péché ». Or, l'auteur de toute miséricorde a dit à Madeleine : « il lui sera beaucoup pardonné, parce qu'elle a beaucoup aimé » ce qui, on me l'accordera sans peine, est bien différent.

Le portrait que M. Patein nous trace de Hahnemann et de sa doctrine est emprunté à ce que j'appelle la période la moins bonne de sa vie ; le temps des exagérations et des enthousiasmes ; le temps où, cédant à l'influence néfaste qui a, de tout temps, pesé sur l'esprit médical, Hahnemann avait systématisé et accumulé les hypothèses les plus invraisemblables pour expliquer les actions médicamenteuses et la guérison des maladies. Vous reconnaissez, du reste, Monsieur, que cette même infirmité d'esprit règne encore aujourd'hui et vous le dites en fort bons termes :

« Enfin pour terminer je dirai qu'il ne suffit pas de relever les erreurs et les fautes des autres ; il faut soi-même éviter de les commettre. Or, il faut bien avoir le courage de le dire, si Hahnemann a pu aller jusqu'aux extrêmes limites de l'imagination en s'appuyant sur des principes qui avaient quelque apparence de raison, nos contemporains font absolument la même chose dans les inductions qu'ils tirent des lois chimiques rigoureusement établies ; en lisant les ouvrages de pharmacologie actuels, on y trouvera, sur le mode d'action de certains médicaments, sur leur décomposition dans l'organisme, des explications de la plus haute fantaisie ; c'est là, d'après nous, une tendance absolument fâcheuse et contre laquelle on ne saurait trop réagir si on ne veut voir sortir de la vraie route la pharmacologie qui ne fait encore que ses premiers pas, ce qu'on ne saurait trop répéter ».

Comment pouvez-vous après cela reprocher à Hahnemann ses hypothèses et ses explications.

Mais tout autre était Hahnemann quand il publia ses *Fragmenta de viribus medicamentorum positivis* à la fin du siècle dernier. La préface de cet opuscule est un exposé lumineux de ce qui manquait à la matière médicale de

cette époque et contient la méthode suivie par l'auteur, pour combler cette lacune. Nous en recommandons la lecturo à tout homme de bonne foi.

Non, ce n'est point Hahnemann qui a découvert la loi de similitude. Il était trop érudit pour ignorer qu'Hippocrate avait écrit cette phrase mémorable : « Ainsi ce qui produit la strangurie qui n'est pas, enlève la strangurie qui est. La toux, comme la strangurie, est causée et enlevée par la même chose. » (Hippocrate, traduction de Littré, t. VI, p. 335). *Similia, similibus curantur.*

Seulement, cet aphorisme posé par Hippocrate est resté lettre morte jusqu'à Hahnemann ; et ce qui fait la grandeur de cet homme, c'est que le premier dans la tradition, il comprit que pour appliquer à la guérison d'une maladie un médicament capable de produire chez l'homme sain une affection analogue, il fallait, d'abord et avant tout, connaître les actions des substances médicamenteuses sur l'homme sain ; et il conclut logiquement que pour connaître ces actions, il fallait expérimenter successivement tous les médicaments chez l'homme en santé. Et il commença cete œuvre immense qui se continue encore aujourd'hui. Seulement, il est inexact de dire que la matière médicale de Hahnemann est constitué uniquement avec les symptômes produits chez lui et chez ses amis par l'absorption des médicaments. Il y a ajouté, dès le commencement, des symptômes importants empruntés à la *toxicologie* comme on peut s'en convaincre en étudiant dans ses livres l'*Aconit*, la *Belladone*, l'*Arsenic*, le *Phosphore*, et toutes les substances toxiques.

Mais la thérapeutique et la matière médicale homœopathique, se sont transformées et perfectionnées. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'elles ont été créées, il y a plus de

cent ans, et que dans les deux hémisphères, des milliers de médecins travaillent à la vérification et au perfectionnement de la matière médicale. Depuis des années, des expériences complémentaires ont été instituées sur les animaux, et le modeste laboratoire de l'*hôpital Saint-Jacques* a déjà fourni des renseignements considérables sur les lésions produites chez les animaux, par l'*Aconit*, la *Cantharide*, la *Bryone*, l'*Ipéca*, le *Phosphore* et l'*Emétique*.

C'est avec juste raison que nous proclamons Hahnemann le créateur de la matière médicale moderne parce qu'il a posé des règles certaines pour cette étude.

1° Le médicament doit être étudié sur l'homme sain et non sur l'homme malade, puisqu'il s'agit d'appliquer ces médicaments suivant la loi de similitude;

2° Il ne faut expérimenter qu'un seul médicament à la fois afin d'avoir l'histoire bien pure des effets médicamenteux.

Dès la publication de ses *Fragmenta* Hahnemann signalait les effets alternants et opposés produits par un seul médicament, effets alternants et opposés qui sont aujourd'hui acceptés comme une règle en pharmacodynamie.

Quoique Hahnemann, à la fin de sa vie, ait succombé aux séductions des hypothèses, on peut néanmoins affirmer qu'il fut quand même un vrai disciple de la méthode expérimentale. Écoutez, en effet, ce qu'il dit et comment il soumet ses idées les plus chères au contrôle de la méthode expérimentale :

« *Si l'expérience prouve que les médicaments faisant naître des symptômes semblables à ceux de la maladie sont les agents thérapeutiques qui guérissent cette der-*

nière de la manière la plus sûre et la plus durable, c'est à ces médicaments qu'il faut recourir pour opérer la guérison. Si, au contraire, elle démontre que la guérison la plus durable est celle qu'on obtient par des substances médicamenteuses déterminant des symptômes opposés à ceux de la maladie, les agents capables de produire ce résultat seront ceux dont on devra faire choix. » (Organon, p. 562.)

Il n'y a *donc rien à pardonner à Hahnemann*, mais il y a à lui rendre justice, à l'honorer comme le père de la *matière médicale expérimentale* et le fondateur d'une thérapeutique qui dure depuis plus d'un siècle, qui a résisté à des persécutions que je ne veux pas rappeler et qui, dans les pays *vraiment* libres, comme les États-Unis, compte vingt Facultés et cent quarante hôpitaux !

D^r P. Jousset.

THÉRAPEUTIQUE

UN CAS DE TUBERCULOSE DE L'IRIS GUÉRI PAR LA TUBERCULINE DE KOCH A LA SIXIÈME DILUTION

Les avis sont partagés au sujet du traitement de la tuberculose de l'iris. Les uns, comme Gayet, n'hésitent pas, une fois le diagnostic nettement établi, à sacrifier l'œil et à pratiquer l'énucléation dans le but d'empêcher la généralisation de la tuberculose. D'autres, de plus en plus nombreux, tels que Van Duyse, Leber, Panas, repoussent une intervention aussi énergique et ils ont pour cela de fort bonnes raisons :

D'abord la tuberculose de l'iris n'est que bien rarement primitive, si elle l'est jamais, et alors l'énucléation devient inutile ; ensuite, de nombreux faits cliniques démontrent que généralement la tuberculose de l'iris est une tuberculose atténuée, fort susceptibles de guérir (guérissant même spontanément), en laissant à l'œil une acuité visuelle très raisonnable.

J'ai eu à traiter dernièrement un cas de tuberculose de l'iris, qui vient démontrer une fois de plus qu'il faut s'abstenir d'une intervention intempestive. Les remèdes homœopathiques y ont eu une action tout à fait évidente, ce qui le rend particulièrement intéressant.

Mlle A. de G..., 15 ans, souffre depuis huit jours d'une kérato-conjonctivite phlycténulaire de l'œil gauche au moment où elle vient chez moi, le 14 janvier 1896. *Ars. iod.* 3*x*.a raison de cette affection en huit jours.

Elle revient chez moi dans le courant du mois de novembre de la même année avec les symptômes suivants : Injection péri-kératique intense, pupille légèrement dilatée, trouble du corps vitré qui empêche l'examen à l'ophtalmoscope, dépôt de fines granulations à la face postérieure de la cornée ; le tout accompagné d'un peu de photophobie. Chose remarquable : pas de douleur.

Au bout d'un mois, malgré le traitement, l'œil est toujours dans le même état ; il va même moins bien ; l'acuité visuelle est plus mauvaise que jamais : la malade compte à peine les doigts a cinq mètres.

Au commencement de décembre je vois apparaître, près du bord libre de l'iris, un nodule arrondi d'un gris jaunâtre qui mesure bientôt 1 mm. 1/2 de diamètre. Ce nodule est assez rapidement suivi de plusieurs

autres placés dans l'angle irido-cornéen et à la face antérieure de l'iris. Le diagnostic de tuberculose de l'iris me paraît certain. La malade présente des craquements humides au sommet du poumon droit; elle a eu des adénites cervicales et sous-maxillaires et une kérato-conjonctivite phlycténulaire. La syphilis doit être écartée.

Le traitement que j'avais institué et les remèdes que j'avais prescrits, entre autres *Ars.*, *Sulf. Kali bichr.*, n'ont eu aucune action sur la marche progressive de la maladie; de nouveaux tubercules apparaissent toujours, quand, le 11 février, je prescris *Tuberc. Koch* 6, XII gouttes dans 180 gr. d'eau, 2 cuillers par jour. Immédiatement l'amélioration commence et le 27 notre malade va déjà fort bien. Elle reprend encore *Tuberc.* le 13 mars et revient le 23 complètement guérie. Son acuité visuelle est excellente (v = 2/3) et il ne reste qu'une petite synéchie postérieure comme seule et dernière trace de l'affection dont l'œil a été atteint.

Dans le cas présent l'action de la tuberculine me paraît évidente : l'amélioration a commencé *immédiatement* à la première prise du remède et a été si rapide que la malade et moi nous en avons tous deux été fort agréablement surpris.

Une chose à remarquer encore, c'est qu'il a suffi de renouveler le remède *une* fois pour amener la guérison complète. Tous ceux qui emploient la tuberculine sont d'ailleurs à peu près d'accord sur ces points : 1° que l'effet est très rapide ou nul, et qu'il ne sert à rien d'insister si l'on n'obtient pas une amélioration pour ainsi dire immédiate; 2° qu'il ne faut donner la tuberculine que par longs intervalles.

D[r] L. Schepens.

(*Journal belge d'homœopathie*, janv.-fév. 1898.)

MÉDECINE PRATIQUE

PARACENTÈSE DU PÉRICARDE

M. Giraudeau publie dans la *Semaine médicale* une leçon sur la paracentèse du péricarde, à propos d'un malade qui est mort dans son service à la suite d'une péricardite tuberculeuse, ponctionnée plusieurs fois.

Il revient d'abord sur les signes de l'épanchement dans le péricarde : absence du choc de la pointe, assourdissement des bruits du cœur, étendue et forme de la matité. La matité, lorsque le péricarde contient de 300 à 400 grammes de liquide, présente la forme d'une brioche d'après la comparaison du professeur Potain. Il y a déjà là une indication de pratiquer la paracentèse du péricarde, car en opérant de bonne heure, on aura plus de chance de succès.

Un autre signe permettant de juger de l'opportunité de l'intervention se tire de l'examen de la poitrine en arrière et à gauche. Si la sonorité est normale à ce niveau, c'est que l'épanchement n'est pas très considérable; on peut attendre. Si le son y est tympanique, tandis qu'il est normal dans les deux tiers supérieurs, la quantité de liquide contenue dans le péricarde est suffisante pour justifier la paracentèse. On a même cité dans de très grands épanchements de la matité de la base gauche en arrière ; ce qui distinguera cette matité de celle due à un

épanchement pleurétique, c'est l'absence de l'égophonie et de la diminution des vibrations thoraciques.

Si, le malade étant assis sur son lit, la matité descend plus bas que la pointe, le péricarde renferme une notable quantité de liquide. Si on voit de jour en jour le diaphragme s'abaisser progressivement, on devra conclure à l'augmentation de l'épanchement; lorsque celui-ci devient considérable, il peut produire un élargissement, une saillie à la base du thorax. La voussure précordiale qui a une grande importance chez l'enfant manque presque toujours chez l'adulte.

L'évacuation du liquide étant décidée, on doit choisir entre la ponction et l'incision; la ponction est l'opération première à pratiquer, même en cas d'épanchement purulent; il n'y aura que si l'épanchement purulent se reproduit qu'on devra recourir à l'incision.

Il est avantageux de faire précéder la paracentèse d'une ponction exploratrice faite au moyen d'une seringue de Pravaz stérilisée, ponction qui donnera une certitude sur la présence du liquide et sur sa nature ; cette ponction exploratrice se fera au point d'élection pour la paracentèse du péricarde, soit dans le quatrième ou le cinquième espace intercostal gauche à 5 ou 6 centimètres en dehors du sternum. M. Rendu, pensant que le liquide épanché descend plus bas que la pointe du cœur, a proposé de ponctionner le sixième et même le septième espace intercostal gauche; mais à ce niveau la ponction ne sera pas toujours facile, car ces espaces, très étroits dans leur moitié interne, admettent difficilement le passage d'un trocart; de plus, il existe toujours un pont cartilagineux, qui s'étend d'une côte à l'autre et sur lequel on peut venir buter.

La ponction peut être pratiquée avec l'aiguille creuse de l'appareil Dieulafoy ou avec le trocart de l'appareil Potain. L'aiguille pénètre mieux dans les tissus que le trocart ; avec elle, on peut dès que son extrémité pointue a disparu dans les tissus, faire le vide avec le corps de pompe ; puis continuer à l'enfoncer jusqu'à ce que le liquide se précipite dans l'appareil. En opérant ainsi, on évite de pénétrer trop profondément ; en revanche, lorsque le liquide est partiellement évacué, on sent le cœur frotter contre l'extrémité piquante de l'instrument et on peut craindre qu'une blessure du myocarde ne soit la conséquence de ces frottements répétés ; avec le trocart, ces craintes n'existent pas. Cependant, si on a soin de rapprocher du thorax l'extrémité libre de l'aiguille, de façon à la rendre le plus possible parallèle à la surface du cœur on évitera le danger de blesser le cœur.

Avec le trocart on peut éprouver une difficulté pour pénétrer dans le péricarde, parce qu'on craint en perforant la peau d'un coup sec de pénétrer trop profondément pour remédier à cet inconvénient, M. Giraudeau conseille de faire avec un bistouri ou une lancette une piqûre de la peau au lieu d'élection ; on n'a ensuite qu'à introduire le trocart par une pression douce qui traverse facilement le plan musculaire.

M. Delorme a démontré, il y a deux ans, en se basant sur des recherches anatomiques, qu'en ponctionnant le péricarde au lieu d'élection, on avait toutes les chances de traverser le cul de sac pleural gauche ; la piqûre produite étant peu considérable, elle s'obture dès que l'aiguille ou le trocart ont été retiré, et cela ne paraît avoir aucun inconvénient.

Si l'épanchement se reproduit on renouvellera la ponc-

tion ; si cependant l'épanchement qui se reproduit était purulent ou même séro-purulent, il y aurait lieu de pratiquer l'incision pour évacuer largement le liquide et faire le drainage de la cavité.

Nous avons reproduit les principaux passages de la leçon du Dr Giraudeau, pensant que nos lecteurs trouveront utile les indications et le *modus operandi* de cette opération.

Dr Marc Jousset.

DE LA TACHYCARDIE CHEZ LES TUBERCULEUX.

Mon ancien collègue Faisans a consacré une de ses leçons cliniques (1) à l'étude de la tachycardie chez les tuberculeux ; son importance au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Il établit que la tachycardie apyrétique, étant un des phénomènes les plus ordinaires et des plus précoces chez les tuberculeux, acquiert l'importance d'un signe de probabilité, alors que les troubles fonctionnels et les signes stéthoscopiques ne sont pas suffisamment concluants.

Pour lui, 75 à 80 p. 100 des malades ont, à des degrés divers, de l'accélioration du pouls ; et si l'on observait les autres plusieurs fois par jour, il est probable qu'à certains moments de la journée, on trouverait une augmentation de 10 à 20 pulsations.

En outre, si chez l'homme sain, le pouls augmente un peu de fréquence, sous l'influence des exercices violents, des repas, des boissons spiritueuses, etc., les mêmes causes

(1) *Semaine médicale*, 13 juillet.

produisent des effets beaucoup plus considérables chez les tuberculeux.

La toux quinteuse est une grande cause d'augmentation des battements du cœur, et chez les tuberculeux cachectiques, il suffit souvent d'une poussée de laryngo-trachéite pour déterminer la dilatation des cavités droites du cœur, de l'asystolie aiguë et des œdèmes.

Au point de vue du pronostic, la tachycardie instable paraît constituer la véritable caractéristique de ces formes de tuberculose que l'on a rangées sous le nom de formes éréthiques. Tous ces tuberculeux qui sont sujets à des hémoptysies fréquentes, à des poussées congestives, à des explosions de granulies localisées ou de foyers broncho-pneumoniques, tous ces tuberculeux sont des tachycardiques permanents et instables.

Pour montrer la valeur diagnostique de la tachycardie, M. Faisans rapporte le fait suivant :

Il a donné ses soins, il y a deux ans, à un jeune homme d'une trentaine d'années, ayant joui jusque-là d'une excellente santé, mais qui maigrissait d'une façon effrayante ; il avait perdu en deux mois plus de 40 livres. Cet amaigrissement avait débuté à la suite de chagrins et ne s'accompagnait d'aucun trouble fonctionnel appréciable ; cependant, sans aucune fièvre, le pouls battait 100 pulsations et il y avait un peu d'oppression.

Un an environ après le début de cet amaigrissement (la tachycardie avait persisté pendant tout ce temps) la toux apparut avec un léger mouvement fébrile et M. Faisans assista alors à l'évolution rapide d'une tuberculose subaiguë à forme broncho-pneumonique. Pour lui, son malade a commencé à devenir tuberculeux dès le début de son amaigrissement et de la tachycardie, et il croit que toutes

les fois qu'on se trouvera en présence des mêmes symptômes, on devra conclure à une tuberculose latente, qui fera promptement son apparition.

Il ajoute que ces formes de tuberculose comportent en général un pronostic très sévère : livrées à elles-mêmes, elles tuent en quelques mois, et si elles sont soignées avec toutes les ressources de l'hygiène et la thérapeutique, elles ont malgré tout une marche fatale.

Ainsi la tachycardie habituelle chez le tuberculeux permet de faire soupçonner la maladie avant l'éclosion des autres signes ; elle permet de faire porter un pronostic plus sombre.

Au point de vue du traitement, M. Faisans constate que cette tachycardie est une nouvelle contre-indication à l'emploi de la créosote, qui est nuisible en exagérant encore chez ces malades la tendance aux congestions.

En outre, tous les excitants et les stimulants : les préparations de kola et de coca, le thé, le café, l'alcool sont encore nuisibles chez les tuberculeux tachycardiques. A propos de l'alcool, M. Faisans s'élève contre les préjugés qui existent au point de vue de son emploi dans la tuberculose. « L'alcool, a-t-on dit, favorise le processus de sclérose qui est le procédé de guérison naturelle du tubercule et, en vertu de cette idée, on recommande aux malades d'absorber du vin et même quelques petits verres d'eau-de-vie. En admettant, ce qui n'est pas démontré, que l'alcool ait la propriété de produire de la sclérose, il faudrait une foi robuste pour croire qu'il va aller exercer son action précisément à la périphérie des tubercules et y former des fibres conjonctives destinées à enkyster et à étouffer les cellules géantes. En réalité, chez tous les tuberculeux, sans doute, chez les tachycardiques sûrement,

l'alcool, à moins qu'il ne soit pris à très faibles doses, est plutôt générateur de tubercules nouveaux, puis exagère l'éréthisme circulatoire et détermine des poussées congestives. » Il y a longtemps que mon père a combattu, dans ce journal, l'emploi systématique de l'alcool chez les tuberculeux.

M. Faisans passe en revue les médicaments qu'il a essayés sans succès le plus souvent contre la tachycardie des phtisiques ; la digitale qui a toujours été infidèle, la spartéine, le strophantus, le seigle ergoté et le tannin. Les préparations opiacées lui ont paru même exciter la tachycardie. Seul le bromure de potassium lui a paru avoir une action déprimante sur le pouls, et encore ses effets sont passagers.

C'est dans l'hygiène et surtout dans la *suraération* et la *suralimentation* qu'il place tout son espoir. La tachycardie habituelle est une contre-indication aux sports : traîneaux, cyclisme, lawn tennis, etc., et au point de vue de l'exercice, voici ses conclusions :

Les tuberculeux dont le pouls est habituellement normal et reste normal après la marche peuvent se promener et ont avantage à le faire.

Les tuberculeux qui ont une tachycardie modérée (de 80 à 90 pulsat.) et chez lesquels la marche n'exagère pas la fréquence habituelle du pouls, peuvent aussi se promener, mais ils doivent marcher lentement, sur des terrains plats et couper leur promenade par des temps de repos plus ou moins espacés.

Les tuberculeux qui présentent une tachycardie accentuée (100 pulsat. et au delà) ont tout intérêt à garder le repos ; et si cette tachycardie est instable, si elle augmente sous l'influence des mouvements, il est indispensable qu'ils ne quittent pas leur chaise longue. Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ÉPILEPSIE. — TRAVAIL DE M. M. DE FLEURY

Rapport de M. Motet.

Les chirurgiens ont préconisé la trépanation et la résection des ganglions supérieurs du grand sympathique dans l'épilepsie. Mais leurs tentatives n'ont pas été suivies de succès.

M. M. de Fleury, mettant à profit les recherches modernes sur les auto-infections, les travaux de M. Jules Voisin et de plusieurs autres sur la toxicité urinaire et l'hypotoxicité aux différents états de l'épileptique, a voulu instituer l'hygiène de l'appareil digestif et l'hygiène de l'appareil circulatoire.

En suivant attentivement les malades on trouve une atonie bien plus marquée chez eux des parois de l'estomac et tous les signes des fermentations anormales comme symptômes prémonitoires de l'attaque de grand ou petit mal. M. M. de Fleury rapproche ses tentatives de lutte contre les conclusions toxi-alimentaires de ce que M. Huchard a fait avec succès pour la dyspnée toxi-alimentaire des faux cardiaques. Le régime qu'il ordonne n'a rien d'excessif ; il y ajoute volontiers le lavage du

rectum et quelquefois même le lavage de l'estomac en cas de dyspepsie persistante.

Le sérum artificiel n'a pas d'action propre contre l'épilepsie ; mais il augmente dans de notables proportions l'action du bromure de potassium, qu'on peut par suite prendre à des doses relativement faibles de 2 et 3 gr. seulement. Cette action est probablement due à l'augmentation de la tension artérielle. M. Lépine a constaté le même résultat avec la digitale associée aux bromures.

Des greffes d'os vivants

M. *Berger*. — Lorsque l'opération a été pratiquée dans des conditions d'asepsie suffisante, l'os transplanté vivant, comme d'ailleurs les greffes d'os morts stérilisés que l'on transplante, est parfaitement toléré par les tissus ; mais le plus souvent il est le siège d'une résorption lente qui le fait peu à peu disparaître en lui substituant un tissu dense et très ferme qui a presque toutes les qualités physiques d'une cicatrice osseuse véritable.

Une des deux observations de M. Ricard a trait à une malade atteinte d'ostéo-sarcome du frontal. Après ablation la brèche osseuse fut comblée au moyen d'une plaque détachée au même moment de l'os coxal d'un chien. Cinq ans après M. Ricard revit sa malade qui avait une récidive de son mal. Il put constater alors la persistance et la solidité de la greffe frontale, mais comme ni l'examen microscopique, ni la photographie par les rayons X n'ont été faits, on ne peut affirmer la persistance éloignée du tissu osseux du chien transporté sur l'homme.

Une deuxième observation de M. Ricard a trait à une malade qui avait la déformation dite nez en lorgnettes. Un chirurgien avait précédemment essayé de redonner au

nez sa forme normale par l'implantation d'un trépied métallique s'appuyant sur les os de la face et sur lequel les segments avaient été ramenés et suturés. Deux fois le trépied se fit jour à travers la peau soit au niveau de sa trace d'implantation, soit au niveau de l'arête du nez. M. Ricard, après une incision pratiquée sur la ligne dorsal du nez, inséra sous la peau depuis l'os frontal jusqu'au lobule du nez le 4e métatarsien de la malade réséqué extemporanément et convenablement taillé. Il obtint ainsi un résultat satisfaisant ; quelques mois plus tard le résultat s'était maintenu mais le tissu osseux s'était résorbé et avait fait place à un tissu fibreux très solide et résistant.

De l'actinomycose ano-rectalé

M. Poncet relate l'observation d'un malade entré au mois de mai dans son service. Ce malade était envoyé de l'hôpital de Saint-Chamond ou il était entré pour une cystite calculeuse provoquée par l'introduction d'épis de blé dans l'urèthre.

Au pourtour de l'anus on observe des végétations volumineuses peu bourgeonnantes. A l'examen rectal on constate l'induration de la fosse ischio-rectale, du bas-fond de la vessie et de la prostate. La muqueuse n'est pas ulcérée. Il existe un suintement assez accusé d'un liquide jaune verdâtre qui, examiné au microscope, laisse voir l'actinomyces avec son mycélium central et ses masses caractéristiques. La médication iodurée continuée pendant plus d'un mois ne donne aucun résultat. M. Poncet fait alors l'ablation au bistouri et au thermocautère, de toutes les masses fongueuses péri-anales. La plaie est actuellement en voie de cicatrisation.

L'actinomycose ano-rectale est très rare. Il n'y en a que 7 observations publiées.

Le champignon vient le plus ordinairement par les voies digestives supérieures. Les sucs digestifs sont sans action sur lui. Plus rarement l'actinomycose ano-rectale est primitive et se produit par pénétration directe du champignon dans le conduit rectal lorsque le malade, par exemple, a été au contact direct de litières de paille, qui est l'habitat normal du parasite. Pour se greffer l'actinomyces a besoin d'être véhiculé par un corps étranger, fragments d'épi, de paille, de bois etc., maintenant ainsi sa pénétration dans les tissus.

Cliniquement la localisation rectale de l'actinomycose se traduit par du ténesme, de la diarrhée, un écoulement et des excroissances dont l'aspect ne rappelle franchement ni l'inflammation, ni la tumeur. Les grains jaunes qu'on trouve dans le pus sont pathognomoniques de l'affection.

La muqueuse est ordinairement saine ; les lésions sont surtout marquées sur le tissu conjonctif. L'actinomycose est plutôt ischio rectale que rectale. Cette localisation conjonctive du parasite se retrouve également dans les lésions qu'il produit à la bouche, au cæcum, etc.

Le diagnostic est le plus souvent possible d'avec les tuberculoses ano-rectales, certaines néoplasies à évolution lente, la syphilis et certaines formes de fistules. On reconnaîtra l'actinomycose à l'aspect très particulier des lésions qui tiennent le milieu entre les tumeurs et l'inflammation, à la teinte des excroissances qui varie du violet au rouge jaunâtre avec ponctuation de points jaunes, à la lenteur de l'affection, enfin à l'existence de grains jaunes caractéristiques.

L'évolution de la maladie est lente et permet une longue survie. Néanmoins le pronostic n'est pas favorable, à cause de l'extension de la maladie, des métastases possibles surtout du côté du foie, de la cachexie amenée par la diarrhée et la suppuration.

Le traitement ioduré doit être essayé en première ligne. En cas d'insuccès on incisera les collections purulentes et on enlèvera les végétations, soit au bistouri, soit au thermocautère.

Dr Humeau.

BIBLIOGRAPHIE

A REPERTORY TO THE CYCLOPOEDIA OF DRUG PATHOGENESY.

Le Dr R. Hughes vient de faire paraître la deuxième partie du répertoire de la *Cyclopædia of drug pathogenesy* (1); c'est un véritable travail de bénédictin qui permettra de se servir plus facilement de ce gros et important ouvrage; cette deuxième partie contient tous les symptômes des yeux, des oreilles, de la face et du tube digestif jusqu'à l'estomac; nos lecteurs savent tout le bien que nous pensons de la *Cyclopædia of drug pathogenesy*, qui nous donne tous les renseignements qui nous sont nécessaires pour l'étude des médicaments.

M. J.

---

(1) E. Gould and son, 59. Moorgate street, Londres.

ANNUAIRE MEDICAL HOMŒOPATHIQUE

L'homœopathic publishing Company (1) de Londres, nous envoie une nouvelle édition de son Annuaire médical homœopathique (2), qui contient les noms et les adresses des médecins et des pharmaciens homœopathes de l'Angleterre, des colonies anglaises et de l'Europe. Nous y trouvons des renseignements très intéressants sur les différentes fondations charitables homœopathiques d'Angleterre ; hôpitaux, dispensaires ; sur les sociétés et sur les journaux ; nous voyons aussi le développement considérable que l'homœopathie a pris dans les colonies anglaises, principalement en Australie.

Nous ferons une petite critique pour ce qui regarde la France ; les adresses des médecins sont souvent inexactes, quelques-unes manquent, et certains noms de médecins nous sont absolument inconnus. Il y aurait lieu, lorsqu'il s'agira d'une nouvelle édition, de nous communiquer les épreuves ; nous pourrions y faire un certain nombre de modifications.

M. J.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE SANS PINCES A DEMEURE ET SANS LIGATURES.

M. Emile Tessier, ancien interne de l'hôpital Saint-Jacques, vient de publier sous ce titre sa thèse inaugurale ;

---

(1) 12 Warwick Lane, Paternoster. Row. E. C.

(2) British, colonial and Continental homœopathic medical directory, 1898, par un membre de la société homœopathique anglaise et le Dr Alexandre Villers.

le sujet lui a été fourni par le Dr Tuffier dont il décrit un procédé opératoire particulier.

L'hystérectomie vaginale, opération pratiquée par Péan pour la première fois il y onze ans, est une opération très en faveur aujourd'hui et qui trouve fréquemment son indication.

M. Tuffier emploie un procédé, qui ne paraît pas sans analogie avec l'écrasement linéaire de Chaissagnac, et pour lequel il se sert d'un instrument qui a été construit par Collin, l'*angiotribe*. Cet instrument se compose de deux branches très fortes, et d'un serrage à pas de vis. Les deux branches sont réunies par l'articulation Collin, dite à doigt ; ce système est ce qu'il y a de plus solide et permet de démonter instantanément l'appareil. La longueur totale de la pince est de 30 centimètres ; les mors ont 0,05 de longueur et 0,009 de largeur.

A l'extrémité de l'une des branches s'articule, par une charnière à tenon, une tige munie d'un pas de vis ; cette tige se rabat sur l'autre branche dont elle pénètre l'extrémité qui est fourchue et peut, au moyen d'un pas de vis, serrer les deux branches l'une contre l'autre, en produisant une pression considérable.

Les mors de la pince sont de la longueur et de la largeur de ceux d'une pince à ligaments larges ; et sont creusés, dans le sens de la longueur, en leur milieu, d'une gouttière, en sorte que, lorsque les deux mors vont se réunir pour serrer, cette compression se fait suivant deux bandes parallèles. Les bords des mors doivent être mousses, arrondis et non taillés à pic, pour éviter de sectionner les parties comprimées.

Pour l'hystérectomie vaginale, lorsque l'utérus peut-être facilement amené à la vulve, on opère comme à l'or-

dinaire jusqu'au moment de la section des ligaments larges ; à ce moment on recherche le bord supérieur du ligament large gauche, on le prend entre les deux mors de l'angiotribe et on serre à fond l'instrument ; ensuite on sectionne avec des ciseaux entre l'utérus et l'instrument, au ras de celui-ci ; on desserre et on enlève l'angiotribe; on saisit alors la base du ligament large entre les mors de l'instrument, on serre à fond et on coupe entre lui et l'utérus ; après avoir retiré l'instrument, le ligament large, aminci comme une feuille de papier, est transparent et ne donne plus de sang ; on opère de même du côté droit et on termine par le pansement.

Lorsque l'hystérectomie est difficile, l'utérus étant adhérent, ou la vulve étroite, on opère suivant les règles ordinaires en laissant des pinces sur les points qui saignent ; une fois l'utérus enlevé, on reprend successivement chaque pince, on applique l'angiotribe à leur niveau, on écrase et on enlève la pince ; on arrive ainsi à une hemostase parfaite et on peut faire l'hystérectomie vaginale sans ligature et sans pinces à demeure.

Le Dr Tessier donne ensuite 27 observations d'hystérectomies faites à l'hôpital de la Pitié par le Dr Tuffier dans ces conditions.

Telle est cette thèse très intéressante, qui nous fait connaître un procédé opératoire nouveau.

Nous pensons que l'angiotribe peut être appliqué à beaucoup d'autres opérations, où il pourra rendre des services analogues.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS.

LES MÉDICAMENTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par MANNING (de San-Francisco).

Abrotanum. — Démence paralytique dans laquelle l'esprit et le corps participent à la maladie, l'esprit se fatigue vite à penser ou à converser, esprit faible, hébété, sombre, découragé. Fatigue corporelle au moindre exercice.

Dans *Aconitum*, nous avons un vieux médicament sur lequel on peut compter à la période du début, et qui produit cette grande anxiété et cette agitation malgré la perte du pouvoir presculaire, avec augmentation de la sensibilité de l'esprit et du corps. Il y a de la crainte; crainte de l'étranger, crainte de la foule, crainte de l'avenir, crainte de la mort, crainte des revenants, tremblement des jambes ainsi que des mains qui pendent pesamment. Cet état est dû à de la congestion de la moëlle.

Agaricus. — Le corps tout entier est faible et fatigué; violentes douleurs, fourmillements, paralysie mentale; besoin de rester seul, idées confuses, impossibilité de penser, on emploie des gros mots. Utile dans la seconde période quand le malade s'imagine être riche; quand il est heureux et excité.

Agnus castus. — Absences et pertes de mémoires; crainte, grande anxiété, haine de la famille et même de soi-même; peut être tendance au suicide, faiblesse corporelle.

Ambra. — Grande faiblesse musculaire, avec même état de l'esprit se traduisant par de la stupeur; mélancolie marquée et larmes.

Ammonium carb. — Caractère sombre, difficile, tristesse avec grande excitation, très oublieux, maux de tête en réfléchissant, absence d'esprit et anxiété on parle et on écrit incorrrectement ; les femmes perdent tout goût pour leur toilette et presque toute leur intelligence; pesanteur et confusion de la tête, vertige comme dans l'ivresse, grande lassitude et dégoût pour le travail, violentes contractions musculaires, spasmes, violentes douleurs rhumatismales dans les membres, les mains, les pieds, la nuque, la tête, les oreilles; hypochondrie mais non mélancolie.

Anacardium. — On pense beaucoup à l'avenir que l'on se représente comme défavorable, ce qui cause du désespoir. On a à un haut degré la sensation d'avoir deux volontés, dont l'une ordonne de faire ce que l'autre défend, ce qui rend le malade emporté et méchant (surtout chez les syphilitiques).

Argentum nitricum. — Faiblesse du corps et de l'esprit; abus d'alcool et de plaisirs vénériens; distension de l'estomac par des gaz après le repas, déterminant de la gêne du côté du cœur. Sclérose, profonde mélancolie, anxiété mentale, névrite chronique, surtout après l'emploi de Gelsemium. Crainte de mourir même dans la rue, pendant la nuit, on éveille quelqu'un pour parler avec lui, on fixe le jour de sa mort, hypochondriaque, on pense que tout le monde vous méprise.

Arsenicum. — Besoin de changer de place la nuit, d'aller d'un lit dans un autre, d'une chambre dans une autre. Hallucination des sens, on voit des fantômes, on voit de la vermine, on entend des voleurs, on sent de la

poix et du soufre, on s'imagine être attaché par les extrémités inférieures, mais au lieu de chercher à s'échapper on essaie plutôt de se pendre. Un grand épuisement à la suite de maladie en est souvent la cause.

Aurum. — L'or a souvent rendu un homme fou, mais sa valeur comme remède est très importante. La syphilis, lorsqu'elle existe, sera une raison de plus de choisir ce remède. Le malade est mécontent de lui et des autres, il trouve toujours à redire, est querelleur, il méprise la sympathie et la contradiction l'excite beaucoup ; peu de tendance au sommeil, agité, rêves effrayants.

Baryta carb. —Faiblesse mentale, difficulté d'apprendre, oublieux, plein d'illusions, anxiété et mauvais présages ; aversion pour les étrangers.

Belladonna. — Désir de se détruire, soif ardente, avec aversion pour la boisson, on voit des fantômes, beaucoup d'insectes, des visages, le regard est farouche, tiraillements et secousses musculaires, grande excitation.

Cannabis indica. — Grande exaltation de l'esprit avec langage enthousiaste, grande absence d'esprit, exagération du temps et de l'espace, crainte de la mort oublieux.

Causticum. — Irritabilité pour des riens, indolent, sensation de vide entre le cerveau et le crâne.

Cimicifuga. — Chaleur dans le derrière de la tête, un nuage obscur s'étend sur toute chose, indifférent, taciturne, soupçonneux, insomnie par suite de rêves effrayants, dépression mentale, désir de la solitude, on répond aux questions précipitamment.

Cuprum. — Paralysie de la langue, bégaiement, gestes de fou, manie de mordre et de mettre en pièces, ou bien tupidité, peurs.

Gelsemium. — Dépression mentale, haine des consolations, besoin de rester seul, démarche chancelante perte du pouvoir musculaire; diminution de la sensibilité, paralysie de la parole, ptosis, diplopie, déglutition difficile.

Nux vomica. — Surtout, à la première et à la deuxième période; maladroit, trébuche facilement, on fait des fautes en parlant et en écrivant, signe de compression de la tête comme après une orgie nocturne, vertige, vue obscurcie, bourdonnements d'oreilles.

Phosphorus. — Maux de tête persistants, sens trop pénétrants ; grande irritabilité de l'esprit, sensation de faiblesse dans le dos, brûlures le long de la colonne vertébrale, délire de grandeur, idée exagérée de sa propre importance.

Comme remèdes des tissus le Dr Manning cite Calcarea fluorica, kali phos. et Natrum muriaticum. (*Pacific East Journal of Homœopathy.*)

LES MÉDICAMENTS HOMOEOPATHIQUES DE L'HÉMOPTYSIE.

Le Dr Herbert Clapp donne les indications suivantes pour les remèdes qu'il emploie contre l'hémoptysie :

Millefolium. — Sang vif et écumeux, peu de toux.

Aconitum. — Congestion active, fièvre, pouls bondissant: visage rouge, toux incessante, anxiété, agitation, palpitation, sensation de plénitude dans la poitrine.

Ipéca. — Hémoptysie, s'accompagnant de toux, chatouillement derrière le sternum, bouillonnement dans la poitrine, toux fréquente, nausée et faiblesse.

Ferrum acet. — Crachement de sang hors de proportion avec les signes physiques, chatouillements au larynx, teint blème, peu de sommeil.

Hamamelis. — Sang purement veineux, rejeté sans beaucoup d'efforts, esprit calme, difficulté de rester étendu sur le dos, peu de toux.

Digitalis. — Hémorrhagie due à un embarras mécanique de la circulation ; sang foncé.

Ledum. — Hémorrhagie très abondante, toux violente par accès, chatouillements dans le larynx et la trachée, douleurs brûlantes dans la poitrine.

Phosphorus. — Crachements de sang peu abondants, diathèse hémorrhagique, et en outre symptômes d'inflammation.

China. — Frissons et bouffées de chaleur alternativement, grande débilité, sueurs fréquentes, tremblements, le malade pâle et froid a tendance à se trouver mal (*Medical Century*).

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

Le Dr Talcott de l'asile de Middletown recommande vivement Œnanthe crocata dans les cas qui présentent les symptômes suivants : perte de connaissance soudaine et complète ; figure bouffie et livide, écume à la bouche, pupilles dilatées ou irrégulières, convulsions avec contracture des mâchoires et extrémités froides.

Il a constaté que, par l'emploi de ce remède : le nombre des accès diminue de 40 à 50 p. 100 ; les convulsions sont moins graves que précédemment ; il y a moins d'excitation maniaque avant les accès ; il y a moins d'insomnie, de stupeur et d'apathie après les accès, et leur effet débilitant dure moins longtemps ; les malades traités avec Œnanthe crocata sont moins irritables, moins soupçonneux, moins grincheux ; les malades se laissent plus facilement soigner.

Il semble que le médicament agit mieux à la troisième ou sixième décimale qu'en teinture.

Artemisia vulgaris est un autre remède que l'on a employé avec succès dans les cas d'épilepsie dus à la frayeur ou à quelque émotion mentale, lorsque les attaques se répètent fréquemment et aussi dans les cas de petit mal quand le malade a une absence de quelques secondes et qu'il reprend ensuite ses occupations comme s'il n'était rien survenu.

Artemisia absinthium et Solanum carolinense sont aussi des remèdes qui ont produit quelques guérisons (*Médical Century*).

MAGNESIA PHOSPHORICA.

Nous avons dans la matière médicale homœopathique un médicament qui n'a pas son égal en allopathie pour guérir les névralgies et soulager promptement les douleurs. C'est la Magnesia phosphorica. Il soulage la douleur aussi promptement qu'une injection de morphine, et, ce qui est encore plus beau, il guérit en même temps les maladies.

LE TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE DE LA PNEUMONIE CHEZ LES ENFANTS.

Le Dr Watkins, médecin de l'hôpital homœopathique de Londres, donne le résultat de 14 cas de broncho-pneumonie et de 3 cas de pneumonie croupale qu'il a soignés dans son service. Tous les cas de broncho-pueumonies simples guérirent; mais il perdit deux des enfants atteints de pneumonie croupale. L'un de ces enfants était mourant au moment de son admission. Pendant les cinq dernières années il y a eu en traitement à l'hôpital homœo-

pathique de Londres 49 pneumonies chez des enfants au-dessous de cinq ans, et parmi eux 6 décès, parmi lesquels 4 cas étaient mourants à leur entrée et les deux autres étaient compliqués de croup.

Comme traitement, le Dr Watkins conseille Aconitum seulement au début. Antimonium tart. doit être notre ancre de salut surtout lorsqu'il y a beaucoup de râles muqueux ; il faut toujours l'employer en trituration car les solutions se décomposent promptement. Phosphorus est indiqué quand il y a moins de sécrétion et que la pneumonie est plus massive. Arsenicum iodatum est particulièrement utile dans les pneumonies consécutives à l'influenza et il a toujours beaucoup de valeur pour favoriser la résolution quand la température revient à la normale et aussi lorsqu'il y a de la diarrhée ou quelque trouble digestif (*Journal of the British homœopathic Society*).

L'ACTION DE CAUSTICUM

Cowperhaite de Chicago parle avec regret de l'abandon dans lequel est tombé Causticum. Il le considère comme un puissant remède, et bien que sa constitution exacte soit inconnue, c'est une préparation de potasse et, à ce titre, il possède beaucoup des propriétés des sels de potasse. Il agit surtout sur le système nerveux, et il détermine un état paralytique, surtout de la face, du larynx et de la vessie. Il a aussi une action remarquable sur les muqueuses, spécialement celles de l'appareil respiratoire. Il est aussi très actif dans les maladies qui s'accompagnent d'une grande faiblesse, c'est une indication particulière que nous retrouvons sous tous les sels de potasse. Le malade de Causticum est aussi un timide ; dans la soirée,

il se fait des imaginations douloureuses ; si c'est un enfant, il a peur d'être seul dans l'obscurité. En fermant les yeux, on voit des choses effrayantes, le malade est constamment triste et a envie de pleurer. Cet état se reflète nettement sur le visage qui est blême, d'apparence maladive et mélancolique. La mémoire est faible, le malade a du vertige et une sensation de faiblesse dans la tête. La vision est diminuée et il y a comme un brouillard devant les yeux. Mais les symptômes les plus importants sont la paralysie de différents nerfs, comme ceux de la face, de la la langue, des lèvres, des paupières, d'un bras ou d'une jambe ou des muscles du larynx ou de la vessie. Ce médicament agit remarquablement, bien que la paralysie soit d'origine rhumatismale, ou qu'elle soit due à une lésion spinale ou cérébrale. (*Medical Era*).

GELSEMIUM DANS LA FIÈVRE

Ce remède est très utile dans les cas de fièvre intermittente chez les enfants ; le malade est abattu, il s'agite beaucoup dans son lit, la figure a une rougeur diffuse ; si on tire le malade de cet état d'assoupissement, il est méchant, irritable et nerveux. Il n'y a pas beaucoup d'altération, mais tout le corps est douloureux. L'enfant semble trop faible pour remuer. La transpiration amène toujours du soulagement. (*Visitor*).

ÉTUDE DES REMÈDES DES TISSUS AU POINT DE VUE DES SYMPTOMES NERVEUX.

Calcarea fluorica. — Produit peu d'effet sur le système nerveux, il n'a que la faiblesse et la fatigue de Calcarea ; on l'emploie pour les douleurs de dos qui simulent l'irritation spinale : douleur à la partie inférieure du dos, avec

sensation de plénitude et de brûlure, diminuant par un mouvement prolongé. Il y a en outre de la dépression mentale avec beaucoup de craintes non motivées.

Calcarea phosphorica. — Même faiblesse et fatigue que ci-dessus. C'est surtout le remède des affections nerveuses dues à des troubles de la nutrition ou à un âge avancé : prurit cutané sénile, prurit vulvaire, sensation de fourmillement, d'engourdissement, de froid. Dans la sphère mentale, on trouve une diminution de la mémoire et une compréhension difficile. Ce remède convient après des ennuis, des vexations. C'est aussi un bon médicament pour les maux de tête chez les jeunes filles qui vont en classe. Les névralgies auxquelles convient Calc. phos. s'accompagnent de sensations de reptation, d'engourdissement, de refroidissement ; les douleurs sont profondes, déchirantes, et reviennent la nuit. Il peut être utile dans les spasmes dus à un défaut de nutrition, dans l'hydrocéphalie avec persistance des fontanelles, enfin dans la neurasthénie avec grande dépression et perte du pouvoir viril.

Calcarea sulphurica. — Peu de symptômes nerveux, quelques douleurs névralgiques, quelques secousses, et la faiblesse et la langueur habituelle de Calcarea. On dit qu'il occupe le milieu entre les douleurs très aiguës de Magnésia phosphorica et les paralysies de Kali phosphoricum. Convient aux personnes âgées.

Ferrum phosphoricum. — Il n'y a pas de symptômes mentaux bien caractéristiques, ce qui permet déjà de choisir facilement entre Aconitum et lui. Il y a un malaise plus ou moins marqué, une faiblesse générale et une sorte de prostration semblable à celle qu'on éprouve quand il vous semble qu'on a besoin d'un stimulant. En clinique,

il s'est montré utile dans les convulsions chez les enfants pendant la dentition, lorsqu'il y a de la fièvre et beaucoup d'agitation la nuit; de même pour l'insomnie due à l'hyperhémie cérébrale et pour les névralgies qui s'accompagnent d'une sensation de clou qu'on enfoncerait dans les parties malades, et de rougeur de la face. On l'a recommandé aussi dans l'épilepsie et au début de la méningite.

Kali muriaticum — Schüssler prétend que c'est le meilleur remède de l'épilepsie qui se développe à la suite de la suppression d'une éruption et de l'ataxie locomotrice

Kali phosphoricum. — C'est le grand remède du tissu nerveux et, d'après Schüssler, il couvre presque toutes les maladies nerveuses. Au point de vue clinique, il s'est montré utile dans la neurasthénie, où il ramène promptement la vigueur, et l'énergie ; dans l'anémie spinale produite par les maladies qui épuisent le système nerveux, comme la diphtérie, les douleurs s'aggravent par le repos et le mouvement en commençant. L'asthme nerveux, la dyspepsie nerveuse, les maux de tête, l'hystérie y trouvent un fort bon remède, de même pour les paralysies récentes, suites de scarlatine, de rougeole, de diphtérie, pour la paralysie avec atrophie et douleurs dans les membres, aggravées par la chaleur extérieure et le mouvement. Il y a de la dépression mentale, de l'hypochondrie ; le malade se fait des montagnes de tout. Les troubles de la menstruation, dus à la colère ou à l'effroi, sont bien influencés par Kali phosphoricum, ses douleurs névralgiques paralysent et engourdissent ; le froid les soulage.

C'est le remède de l'épuisement nerveux.

Kali sulphuricum. — Utile dans les douleurs névral-

giques qui se déplacent comme celles de Pulsatilla, aggravation dans une chambre chaude et amélioration à l'air.

Magnesia phosphorica. — C'est le second remède nerveux de Schüssler. Sa sphère d'action est les spasmes, les névralgies et les paralysies.

Dans les spasmes et les convulsions, il correspond aux crampes, spasme de la glotte, tétanos, épilepsie, rétention spasmodique de l'urine, à la chorée, aux cas de coqueluche invétérée et à la crampe des écrivains.

Dans les névralgies, les douleurs sont excruciantes spasmodiques, et soulagées par la chaleur, surtout par la chaleur sèche Les névralgies périodiques qui surviennent après une exposition à un vent sec demandent ce médicament Aconitum n'a pas la périodicité parmi ses symptômes.

Magnesia phosphorica est le principal remède de Schüssler pour la paralysie agitante et la paralysie motrice quand le malade a de la faiblesse et de la langueur. Ce remède convient plutôt aux affections spasmodiques et Kali phosphoricum aux affections paralytiques.

Natrum muriaticum. — L'hypochondrie, le désespoir et l'aggravation par les consolations sont des symptômes bien connus de cemédicament. Il s'adapte surtout à la fatigue cérébrale et à ces états qui frisent la folie C'est le remède de l'irritation spinale avec douleurs de dos soulagées en se couchant sur quelque chose de dur. Il convient aux paralysies produites par la fatigue ou les émotions, aux névralgies périodiques. On le trouve utile aussi dans la chorée chez les sujets anémiques, lorsqu'il y a de la fièvre et de l'altération, dans la coqueluche et dans certains états hystériques. Il y a amélioration des symptômes par la transpiration.

Natrum phosphoricum. — Ressemble à Natrum mur. Schüssler le recommande dans l'irritation nerveuse réflexe produite par la présence de vers intestinaux.

Natrum sulphuricum. — Les troubles mentaux consécutifs à des coups à la tête retirent bénéfice de ce médicament. Il produit une grande tendance au suicide. Le Dr J. Kent lui accorde une grande importance dans la méningite spinale. Il est indiqué par de violentes douleurs dans le cou, la nuque et le dos et en même temps par de l'irritabilité mentale et du délire.

Silicea. — L'épilepsie qui survient la nuit et dont le point de départ est dans le plexus solaire est un symptôme caractéristique de Silicea. Ce remède convient aussi aux cas où il a épuisement chronique du système nerveux par surmenage intellectuel ou ennuis, avec beaucoup d'hypéresthésie et exagération des réflexes. C'est aussi le remède de la chorée lorsqu'il y a des vers. On peut aussi l'employer dans l'ataxie locomotrice et la neurasthénie. (*Dewey in the North American Journal of homœopathy*).

UN NOUVEAU MÉDICAMENT

Il s'agit d'une plante de la Floride qui a été étudiée par le Dr Winthrop. Les Indiens l'appellent Husa et bien qu'elle n'ait pas encore été déterminée, on peut dire qu'elle ressemble à un petit chou-fleur et rentre dans la classe des mousses. Elle a la réputation d'être un très bon antidote contre toutes les morsures de serpents et piqûres d'insectes, et en effet, le Dr Winthrop a vu un indigène qui s'amusait à se faire mordre par une vipère et qui après chaque morsure mangeait un peu de Husa et chez qui il n'observa ensuite aucun mauvais effet.

En expérimentant ce remède, on a découvert en outre

qu'il était un antidote de l'opium et qu'on pouvait l'employer pour guérir la morphinomanie. Le Dr Winthrop cite plusieurs cas de guérison et entre autres celle d'un confrère adonné à la morphine depuis vingt-trois ans.

Dr G. NIMIER.

REVUE DES JOURNAUX

CURIEUX EFFETS DE LA CAFÉINE À DOSE THÉRAPEUTIQUE ; RALENTISSEMENT ANORMAL ET PERSISTANT DU POULS ; SUREXCITATION CÉRÉBRALE.

Le Dr Duchesne (d'Orbec-en-Auge) publie dans l'*Année médicale de Caen* une curieuse observation de pouls lent à la suite de l'administration de 2 grammes de caféine, en trois jours, chez un vieillard.

Mme B..., âgée de 84 ans, est d'une bonne santé habituelle, mais présente des signes indéniables d'artério-cardio-sclérose. Le cœur est, de plus, le siège d'une insuffisance mitrale organique, caractérisée par un gros souffle au premier temps à la pointe et propagé dans l'aisselle.

Vers le 12 mai, elle commence à s'apercevoir que les chevilles des jambes sont enflées, et, son état empirant, m'appelle le 16 mai : je la trouve en pleine asystolie, œdème des membres inférieurs, urines rares, foncées, dyspnée incessante, cœur arythmique, irrégulier, à battements faibles et précipités, etc. Me défiant de l'action de la digitale sur un myocarde dégénéré, je prescris une potion contenant 2 grammes de caféine, qui fut absorbée

en trois périodes de vingt-quatre heures. J'ai revu la malade le 18; les jambes étaient désenflées, la dyspnée disparue, le diurèse abondante. Je constatai que le pouls avait repris sa régularité, son ampleur et, de plus, était très lent (44 pulsations à la minute). En même temps se manifestaient quelques symptômes d'excitation cérébrale : loquacité, conceptions délirantes, etc. Ces troubles intellectuels ont duré jusqu'au 23 mai; mais le 28, jour où j'ai vu cette malade pour la dernière fois, le pouls était toujours lent et battait environ quarante-quatre fois, par minute. L'état général était aussi bon qu'on peut le désirer chez un vieillard de cet âge (*Gazette des hôpitaux*, 1er septembre).

UN CAS D'ÉRYTHÈME DU A LA MORPHINE.

Une femme de 42 ans, blanchisseuse, ayant eu de l'eczéma humide, entra à l'hôpital pour de la sciatique. On fit, pour calmer la douleur, une injection de morphine et atropine mélangées. Deux heures après, il y avait un prurit intense avec un érythème généralisé. La température était de 37,9. Trente-six heures après, tout avait disparu. On suspendit les injections calmantes.

Quelques semaines après, pour une céphalée intense, l'antipyrine n'ayant pas réussi comme d'ordinaire, on lui donna XX gouttes d'une solution de 1 centigramme d'acétate de morphine dans 1 gramme d'eau de laurier-cerise, et l'on vit réapparaître les mêmes phénomènes ayant la même durée. L'érythème fut même plus intense.

On peut exclure le diagnostic d'érythromélalgie, d'exanthème fébrile, d'érythème dû à l'antipyrine, quoique la malade eût pris de l'antipyrine auparavant et que

l'érythème peut n'apparaître qu'après la suspension du médicament, quand il n'a pas été complètement éliminé. Mais l'érythème dû à l'antipyrine est papuleux, dure huit à dix jours et plus ; on en a, il est vrai, décrit de maculeux d'une durée de quarante-huit heures. Ici la rougeur était scarlatiniforme ; la peau était plus dure, il n'y avait pas d'œdème, sauf aux paupières, surtout supérieures. La démonstration qu'il s'agissait d'un érythème dû à la morphine fut donnée par sa reproduction pour ainsi dire expérimentale. Pour ne pas provoquer d'érythème par suggestion, on donna à la malade 1 centigramme de morphine sous forme de pilules, en lui disant que c'était un médicament nouveau, et deux heures après survint l'accès. Une injection d'eau distillée, qu'on lui dit être de la morphine, ne donna rien de semblable ; donc ce n'était pas un érythème hystérique.

Les érythèmes par la morphine ont été rarement signalés. Keren vit, après l'emploi d'un suppositoire de 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine, une éruption pemphigoïde qui dura six jours. Cumanos vit la même chose après une injection de 2 centigrammes. Mœbius en a publié deux cas, Assolant un cas. Les urines pendant l'accès étaient normales (*Revue générale de pathologie interne*, 5 juillet).

INFLUENCE DES RAYONS RŒNTGEN SUR LA MARCHE DES PLAIES

Le Dr Lepetit a eu à traiter en avril dernier un homme de 37 ans, à qui un fusil avait éclaté dans la main, faisant à la main droite une plaie énorme, occupant la partie supérieure de la région palmaire, la région thénar en s'étendant sur le dos de la main. L'articulation de la pre-

mière et de la deuxième phalange du pouce était ouverte ; le pouce paraissait très compromis ; cependant le Dr Lepetit essaya de le conserver et après avoir bien nettoyé la plaie il y appliqua un pansement sec à la gaze iodoformée ; au bout de quelques jours la plaie se mit à bourgeonner activement.

Tout marchait donc pour le mieux, mais cette plaie si vaste lui paraissait devoir mettre un fort longtemps à se cicatriser, par seconde intention puisqu'il n'avait pas eu à sa disposition le moindre bout de peau pour la recouvrir. La forme semi-circulaire devait encore en retarder la fin ; tout le monde sait combien les ulcères circulaires qui font tout le tour de la jambe sont longs à se cicatriser.

Les choses en étaient donc là ; la plaie marchait bien, mais lentement, quand le 3 mai il fit radiographier la main de son malade pour voir s'il ne lui restait pas d'éclat de canon, car il accusait fréquemment des élancements à la base du pouce. La radiographie permit en effet de reconnaître qu'il y avait un éclat important au niveau de la base du 2e métacarpien, et plusieurs petits dans le carpe.

Comme ils étaient bien enkystés, qu'il n'y avait là aucun trajet fistuleux leur correspondant, le Dr Lepetit les laissa bien tranquilles. Mais là n'est pas l'intérêt de la question.

Pendant que durait la pose, il remarqua que la plaie se congestionnait et présentait une teinte violacée ; le malade éprouva dans la plaie, pendant toute l'après-midi, des picotements, un peu de chaleur, mais tout cela très supportable.

Le surlendemain, en refaisant le pansement, il fut tout surpris du changement de la plaie : la cicatrisation sur

toute sa circonférence avait marché avec une rapidité insolite. Cette rapidité ne se démentit plus et trois semaines après il était complètement guéri. Il se sert déjà bien de sa main (5 juin) et les mouvements de son pouce sont assez revenus pour lui permettre de reprendre son métier de cocher.

Ce fait semble avoir un certain intérêt, et peut-être trouverons-nous là une nouvelle application des rayons de Rœntgen, si utiles déjà pour d'autres choses. Cette influence sur les plaies est évidemment à rapprocher des dermatites que donne l'exposition prolongée à ces rayons et elle doit se traduire par une excitation de la vitalité, amenant des phénomènes morbides sur une peau saine, mais favorables au contraire sur une plaie.

Schiff, du reste, a publié deux observations de guérison du lupus par les rayons X, qui sont à rapprocher de celle-ci.

Le Dr Lepetit voit qu'on pourrait notamment en retirer de bons résultats pour la guérison de ces vieux ulcères variqueux qui découragent les meilleures volontés, et qui sont dus surtout à un manque de vitalité des tissus, que pourraient, peut-être, réveiller les rayons Rœntgen (*Le Centre médical*).

LÉSIONS ÉRYTHÉMATEUSES ET ULCÉREUSES DE LA PEAU CHEZ UN MORPHINOMANE.

M. A. Thouvenet présente à la Société de médecine de la Haute-Vienne (séance du 6 juin), les photographies d'un homme morphinomane, chez lequel la pratique habituelle des injections hypodermiques de morphine avait déterminé des lésions cutanées, affectant diverses formes :

érythème en plaques disséminées, ulcérations serpigineuses à marche envahissante, escharres plus ou moins profondes.

Cet homme, qui a succombé à une broncho-pneumonie intercurrente, absorbait une dose quotidienne de 2 grammes de chlorhydrate de morphine et de 0 gr 60 de cocaïne, sous forme d'injections hypodermiques. Sa femme, également morphinomane et cocaïnomane, présente des accidents de même nature en voie d'évolution sur les cuisses, le thorax, etc.

Or, il est remarquable que nombre d'autres morphinomanes, habitués à se piquer eux-mêmes, ne présentent ni ulcérations ni escharres. Peut-être faut-il attribuer les accidents précités à l'adjonction de la cocaïne?

Il est à noter en outre que le sujet porteur de ces curieuses lésions vient d'une région (Saint-Germain-les-Belles) où la morphinomanie paraît sévir à l'état endémique.

MM. Doursout et Bourdeau d'Antony ont observé des lésions semblables chez des morphinomanes qui ne prenaient pas de cocaïne. (*France médicale*, 30 sept.).

DU SÉRUM ANTIDIPHTÉRITIQUE CONTRE LA COQUELUCHE.

On sait que l'action favorable du sérum antidiphtérique sur la toux quinteuse de la coqueluche a déjà été constatée incidemment chez des enfants qui, au cours de cette affection, avaient été atteints d'une diphtérie qu'on traitait par la sérothérapie. De son côté, M. le Dr A. Cerioli (de Broni) a obtenu, par l'emploi du sérum antidiphtérique, les résultats les plus encourageants dans une épidémie de coqueluche, après avoir essayé sans

succès tous les moyens préconisés contre cette maladie. Ce traitement, qui fut appliqué dans 15 cas de coqueluche, dont 3 très graves, 7 d'une gravité moindre et 5 légers, a eu pour effet d'amener chez tous les petits malades, sauf un, une amélioration qui s'est montrée 8 fois au bout d'une période de temps variant de trois à vingt-quatre heures après l'injection et 6 fois au bout de trente-six heures à trois jours. Cette amélioration portait aussi bien sur les symptômes de la coqueluche elle-même que sur ses complications, telles que bronchite, broncho-pneumonie, épistaxis à répétition et hémoptysie·

Notre confrère a employé le sérum antidiphtérique à la dose de 5 à 10 c.c., en ne faisant qu'une injection à chaque enfant. Dans un cas seulement on a injecté à deux reprises 5 c.c. (*Semaine médicale*).

ACTION CARDIAQUE DE LA CORONILLA VARIA

M. Poulet, de Plancher-les-Mines, qui depuis 1891 étudie ce médicament vient de publier de nouveaux résultats dans les nouveaux remèdes.

La coronilla scorpioides a été expérimentée naguère, dans les maladies du cœur, par MM. Spillman et Haushalter, de Nancy, à l'instigation de M. le professeur Schlagdenhauffen, qui en a découvert le principe actif, un glucoside qu'il a appelé coronilline, mais que malheureusement, malgré tous ses efforts, il n'a pu encore jusqu'ici obtenir à l'état cristallisé.

Comme cette espèce, assez abondante dans le Midi de la France et dans l'Ouest, manque dans la région de l'Est, je me suis adressé, dit M. Poulet, à la coronilla varia, très commune dans les terrains calcaires de la Franche-

Comté et de Belfort, et j'en ai d'abord préparé une teinture qui a servi à mes premiers essais. Les résultats très encourageants, très remarquables que j'ai obtenus, ont fait l'objet de plusieurs mémoires. Je reconnais toutefois que le mauvais goût de cette préparation constitue un véritable obstacle à la vulgarisatiou de son emploi. Aussi y ai-je renoncé et donné la préférence à un extrait aqueux préparé sur les indications de M. Schlagdenhauffen, lequel me donne toute satisfaction. Il sert à confectionner à l'aide de poudre récente de la même plante, des pilules renfermant chacune un décigramme d'extrait et un décigramme de poudre de la même plante. C'est au moyen de cet extrait que j'ai obtenu les succès vraiment remarquables que j'ai publiés. La dose administrée est en général de 4 pilules par jour.

La coronilla varia a une action identique à celle de la scorpioide ainsi que l'a déclaré avant moi M. Schlagdenhauffen. Cette action est régulatrice du cœur et très analogue à celle de la digitale. Elle s'exerce aussi vite que celle de la spartéine, beaucoup plus vite que celle du grand régulateur du cœur, contre la tachycardie, contre l'arythmie, contre l'asystolie, dans les affections des valvules mitrales et triscupides, contre certains états fébriles. Je n'ai pas eu occasion de l'appliquer au rétrécissement des valvules aortiques, ni à la maladie de Corrigan qui se trouve si mal de l'emploi de la digitale. Elle fait disparaître promptement les vertiges et les congestions cérébrales qui sont sous la dépendance d'une affection du cœur. Tandis que la digitale exerce trop souvent une action nuisible sur les fonctions de l'estomac et, en général, du tube digestif, et que le strophantus provoque, dans bon nombre de cas, de la diarrhée qui force à en suspendre

l'usage, la coronille a plutôt pour effet de favoriser la digestion ; en tout cas, elle ne la contrarie jamais, c'est cette qualité, rare chez un médicament cardiaque, qui la rend surtout précieuse dans le traitement d'un grand nombre de malades plus ou moins dyspeptiques. L'action diurétique de la coronille, toute positive qu'elle est, m'a paru moins prononcée que celle de la digitale et, dans plusieurs cas, pour compléter la cure, j'ai du recourir à l'auxiliaire de divers agents diurétiques; théobromine, vin de Breyne, etc. Toutefois elle n'est inférieure à cet égard, ni à l'inée du Gabon, ni à la spartéine, ni à l'adonidine.

La coronille a encore le grand avantage de ne pas s'accumuler dans l'économie. On en peut faire impunément usage pendant un laps de temps indéterminé. (*Médecine moderne*, 7 septembre).

UN CAS D'ACTINOMYCOSE PULMONAIRE GUÉRI PAR L'HUILE D'EUCALYPTUS.

Le Dr Glentworths Butler publie l'observation suivante :

Un homme de trente-sept ans avait eu une plaie à la tête à la suite de la chute d'une planche sur la tête, et la violence du coup l'avait projeté à l'eau. Quelques jours après se manifestèrent les signes d'une inflammation pulmonaire avec température comme dans une septicémie. Puis la toux augmenta, et le malade rendit des crachats foncés, dont l'examen fut négatif. A cause de l'odeur des crachats, de l'huile d'eucalyptus fut ordonnée à l'intérieur et en inhalations. Les crachats diminuèrent alors de fétidité. A cette époque, un second examen de crachats montra des actinomyces en nombre considérable. Il y avait dans la poitrine de la matité et des râles. Deux mois après

le début, l'état du malade était redevenu excellent. Il ne restait que quelques signes de percussion et d'auscultation. L'actinomycose pulmonaire forme des foyers pneumoniques, ou péribronchiques, qui peuvent constituer des abcès. Quelquefois la lésion peut se généraliser, surtout aux côtes. Généralement l'actinomycose pulmonaire est unilatérale, siège à la base, mais peut, comme dans le cas de l'auteur, s'étendre au sommet opposé. Les signes sont ceux d'une pyémie chronique, avec des signes locaux qui simulent la tuberculose ou la bronchite fétide. On doit donc examiner toujours l'expectoration des bronchites fétides à ce point de vue.

Le pronostic est grave. De 34 cas publiés jusqu'à 1890, 32 moururent (90 0/0). D'après Wood et Fitz, la mort serait la règle si l'intervention chirurgicale est impossible. Le traitement sera l'iodure de potassium. Jurinka a montré que l'iodure n'a pas d'influence sur le champignon, mais qu'il ne fait qu'en faciliter l'élimination. L'auteur, à en juger par son cas, croit à la grande et prompte efficacité de l'huile d'eucalytpus, qu'on a reconnue un antiseptique de valeur, utile en particulier dans la fièvre palustre. Il a, en outre, l'avantage d'être éliminé par le poumon. L'expérience montrera s'il peut être utile dans d'autres formes d'actinomycose. (*Revue gén. de Pathol. interne*, 20 juin).

PARALYSIE DUE A L'INTOXICATION PHOSPHORÉE.

Les homœopathes connaissent de longue date l'action du phosphore sur le système nerveux et nous pouvons citer en particulier les travaux du Dr Gallavardin sur ce sujet.

Nous sommes heureux cependant de relater l'observation suivante due à M. Henschen.

On connaît mal l'influence du phosphore sur le système nerveux de l'homme. Cependant, les recherches expérimentales de Danillo et de Kreyssig ont fait constater des altérations myélitiques, plus ou moins diffuses, proportionnelles au degré de l'intoxication. Gurrieri a même signalé une dégénération systématique des cordons de Burdach et de Goll chez un chien intoxiqué par le phosphore. M. Henschen communique un cas observé chez l'homme, en se plaçant uniquement au point de vue clinique.

Le patient, âgé de soixante-dix ans, avait été victime de plusieurs tentatives d'empoisonnement par le phosphore. L'une d'elles, plus forte, détermina des vomissements abondants accompagnés d'hématémèses; les jours suivants, les phénomènes gastriques disparurent, et, à leur place, le malade présenta divers troubles nerveux, caractérisés par des fourmillements dans les pieds et dans les genoux, et par un état parétique généralisé; la marche devint impossible pendant plusieurs mois.

En avril 1897, sept mois après le début des accidents, cet homme commença à se lever; l'état nerveux s'améliora progressivement, mais d'une façon très lente. L'auteur put l'examiner le 11 juin 1897. Les symptômes se réduisaient à des troubles, sensitifs ou moteurs, de divers ordres. Les paresthésies persistaient sous forme de fourmillements dans les mains et les jambes; la sensibilité tactile était diminuée aux extrémités; la douleur était mal perçue aux mains, aux pieds, aux genoux et aux coudes; le sens musculaire était altéré et la pression des muscles notablement douloureuse. Comme troubles

moteurs, on notait de la faiblesse des mains; le malade marchait difficilement, les jambes écartées, avec un certain degré d'ataxie. Les réflexes rotuliens faisaient défaut. On ne relevait aucun trouble trophique, sauf du gonflement des extrémités. L'intelligence était intacte et les nerfs crâniens fonctionnaient normalement.

Le traitement consista en massage, électricité et bains. Le malade partit, très amélioré, au bout de deux mois.

M. Henschen croit avoir eu affaire à une névrite compliquée d'un certain degré de myélite. La névrite s'affirme par l'hyperesthésie des masses musculaires, les troubles sensitifs, la faiblesse des extrémités; ces symptômes, d'ordre névritique, ressemblent singulièrement à ceux qui ont été signalés dans l'intoxication arsenicale. La myélite a, pour expression symptomatique principale, l'ataxie qui ne saurait être expliquée uniquement par les troubles sensitifs trop peu étendus et assez superficiels Le siège de la lésion médullaire reste problématique, mais l'auteur, en se basant sur les altérations rencontrées dans l'intoxication arsenicale, serait porté à incriminer une destruction plus ou moins étendue des grandes cellules motrices de la corne antérieure à la moelle.

(*Semaine médicale*, 13 juillet).

UNE NOUVELLE PRÉPARATION POUR L'EMPLOI DE LA QUININE EN INJECTIONS HYPODERMIQUES.

En mélangeant 1 gramme de chlorhydrate ou de bromhydrate de quinine avec 0 gr. 50 centigrammes d'uréthane et en dissolvant le mélange à chaud dans 1 c.c.

d'eau, on obtient, d'après M. le Dr G, Gaglio, professeur de matière médicale à la Faculté de médecine de Messine, 2 c.c. environ d'une solution stable qui se conserve même à froid et qui, étant de réaction neutre et nullement irritante, convient parfaitement pour les injections sous-cutanées et intra-veineuse de quinine. Il se forme dans ces conditions un nouveau composé chimique, car en traitant cette solution par l'éther, on ne peut en extraire l'uréthane ni précipiter le sel quinique. Dans l'organisme, cette substance se décompose en dégageant la quinine, qui peut ainsi produire ses effets physiologiques et thérapeutiques habituels. Quant à l'uréthane, il n'exerce à la dose employée aucune action susceptible d'entraver celle de la quinine.

(*Semaine médicale*, 1er juin).

LE MASSAGE DE L'ABDOMEN COMME MOYEN D'ACTIVER LA SÉCRÉTION LACTÉE

D'après M. le Dr M. Schein (de Budapest), le massage des parois abdominales, pratiqué chaque jour, pendant une demi-heure ou une heure, de bas en haut, c'est-à-dire en allant des parties génitales vers les seins, aurait pour effet d'augmenter la sécrétion lactée, lorsque celle-ci n'est pas très active. On fera bien d'y associer aussi le massage des seins eux-mêmes.

Pour expliquer l'action du massage pratiqué comme il vient d'être dit, notre confrère émet l'hypothèse que la fonction des glandes mammaires se trouve étroitement liée à l'apport à ces organes, par l'intermédiaire des vais-

seaux des parois abdominales, du sang provenant des organes génitaux. (*Semaine médicale*, 8 juin).

VARIÉTÉS

LES CONSULTATIONS GRATUITES DANS LES HOPITAUX

Depuis quelques années, le grand nombre de médecins habitant Paris, la diminution de certaines maladies, à cause des progrès de l'hygiène (diphtérie, fièvre typhoïde), ont produit une situation de gêne chez certains de nos confrères, et les syndicats de médecins ont essayé de trouver le moyen de modifier cet état.

D'un autre côté, tous ceux qui, comme nous, font des consultations gratuites dans les hôpitaux, ont été frappés de ce fait qu'un certain nombre de personnes non indigentes venaient chercher des soins gratuits qu'on ne leur doit réellement pas ; elles prennent la place de malades moins fortunés, et elles font certainement un tort appréciable aux médecins de leurs quartiers.

Les syndicats de médecins ont protesté contre ces abus, et ont demandé qu'on y tienne très sévèrement la main.

Il y a quelques jours, notre ancien camarade Variot, médecin de l'hôpital Trousseau, a eu maille à partir avec l'administration des hôpitaux, à ce sujet. Il avait demandé à des personnes dont la mise lui paraissait annoncer de l'aisance, de verser 20 francs entre les mains de son interne, pour procurer quelques petites douceurs

aux malades de son service. Ces personnes se sont plaintes au directeur général de l'Assistance publique, qui a fait des observations au Dr Variot.

Nous sommes absolument de l'avis du Dr Variot ; les consultations gratuites des hôpitaux sont destinées aux indigents, et les personnes jouissant d'une certaine aisance ne devraient pas y être acceptées. Cependant, il est quelquefois bien difficile de savoir la vérité, et certaines personnes qui sont assez bien habillées peuvent être dans une position de fortune plus gênée que d'autres, dont la mise est plus modeste.

Du reste, je ne crois pas que les quelques malades que l'on refusera aux consultations des hôpitaux soient pour les médecins qui se plaignent de leurs affaires, d'un grand secours ; le trop grand nombre de médecins dans les villes est la véritable cause de la gêne des médecins, c'est contre elle qu'il faudrait réagir.

Il y aurait lieu d'encourager les jeunes médecins à s'établir dans nos campagnes, où il y a souvent pénurie de médecins et où, si on ne gagne pas beaucoup d'argent, on gagne presque sûrement sa vie.

Dr Marc Jousset.

L'OEUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN
8^e^ et 9^e^ LISTES DE SOUSCRIPTION

(Souscriptions reçues au commissariat du Comité).

	Francs.	
Dr Sourice, d'Angers.	20	»
Mme Norberg, à Paris.	20	»

(Souscriptions annoncées dans les journaux homœopathiques).

1re liste belge de souscription parue dans le n° de mai et Juin 1898 du Journal belge d'homœopathie.

Dr G. Van den Berghe, de Gand	100	»
Dr Sam. Van den Berghe, de Gand.	50	»
Dr Van den Neucker, de Gand.	100	»
Dr Edm. Mersch, de Bruxelles.	100	»
Dr Van Ooteghem, Ledeberg.	20	»
Dr Boniface Schmitz, d'Anvers.	20	»
Dr Loosveldt, de Thielt.	5	»
Dr Ern. Nyssens, de Bruxelles.	100	»
Les médecins de la société de bienfaisance Hahnemann (polyclinique homœopathique) à Bruxelles.	50	»

Deuxième liste de souscription des « Annales homœopathiques » de Paris.

Mme Maurice Cottier, de Paris.	50	»
Mme J. B., de Saint-Germain.	5	»
Mme A., de Dunkerque, 4 clientes du dispen-		
A reporter. . . .	640	»

Report.	640	»
saire. M. Buzenet et M. Constantin	9	»
Dr Brieu, de Toulon	10	»
M. Edmond Deffaut, de Paris.	5	»

Troisième liste de l'Allemeine hom.Zeitung, 7 juillet 1898.

	marks.	
Berliner Verein homœopath. Aertze.	300.05	
Hern Lazaroff, Rostow, Russland. .	1.40	
	301.45	376.80

Rivista Omiopatica de Rome mars-avril 1898.

	lires	
Fra Alessandro Puccinelli.	10	
Dott. Luigi Bertoldi.	5	
Dott. Attilio Mattoli	5	20 »

(M. le Dr Pompili s'inscrit pour 50 lires; nous avons déjà reçu 50 francs de lui; est-ce une nouvelle cotisation?)

(*Souscriptions reçues au secrétariat du Comité*).

The Massachusetts surgical and gynœcological society, souscription envoyée par Dr B. James, 50 dollards	252	»
Dr Antze Bremen, 5 marks.		
Pastor Fauth Gernveiler, 3 marks.		
(Souscription remis par le D. W. Steinmetz, de Leipsig).	10	»
Tronc de l'hôpital Hahnemann, à Neuilly (2e versement)	15	»
Dr D'Espiney, de Lyon	30	»
Dr A. B. Norton, de New-York	20	»
A reporter.	1.387	80

Report. . . .	1.387	80
Dr Kœnick, pharmacien homœopathe, de Paris.	30	»
Dr Conan, de Paris	30	»
Dr Frestier, de Saint-Etienne	5	»
Dr Louis Jacques, de Neufchâtel, Suisse . . .	5	»

(*Souscriptions annoncées dans les journaux homœopathiques*)
(2e liste du Monthly homœopathic Review. Sept. 1898.)

	Livres.	Shellings.		
Dr Menish, London	1	10		
Dr Hawkes, Ramsgate.	1	10		
Dr Pullar, London.	1	10		
Dr E. B. Roche, Norwich	1	10		
James Epps. Esq.	1	10		
Dr Washington Epps, London. . .	1	10		
Dr Logan, Ottawa, Canada.	1	10		
Dr Dyce Brown, London.	1	10		
Dr E. Madden, London.	1	10		
Dr Byres Moir, London	1	10		
	10	10	262	50

(2e liste belge de souscription du Journal belge d'homœopathie juillet-août 1898).

	Francs.	
Dr Cyrille Planquart, Bruxelles	100	»
Dr Lambreghts fils, Anvers	50	»
Dr Chevalier, Arlon.	5	»
M. Carez, pharmacien, Mons	5	»
Dr Godefroid, Namur	5	»
Dr Eenens, Hal.	100	»
A reporter. . . .	1.985	30

	Report. . . .	1.985 30
Dr Lafosse, Bruxelles.		50 »
Dr de Cooman, Bruges.		20 »

Revista homeopatica, de Barcelone
(5e et 6e listes espagnoles)

	Pesetas.	
Dr Rafael de la Plaza (Cordoba)	2	
Dr Fulgencio Moner (Tarrasa).	5	
Associacion caritativa de los Amigos de la Homeopatia (Barcelona).	5	
Da Antonia Pagès, Vda de Pinart	5	
Da Elvira Viuas de Pinart	5	
Dr Fernando Zabala (Madrid)	5	
Rdo Pablo Marquès (Mataro). . , . . .	2 50	
Dr Pedro Pinart y font.	2	
D Manuel Pinart y Viñas.	2	
Da Sofia Pinart y Viñas.	2	
	35 50	35 50

Le change sera compté dans les frais généraux.

	2090 80
Listes précédentes. . .	8232 35
Total	10323 35

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. – Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

NOVEMBRE 1898

EPIDEMIOLOGIE

—

DE LA PESTE

Son mode de transmission et la valeur du sérum antipesteux.

La peste vient d'éclater à Vienne. Elle s'est déclarée dans le laboratoire où l'on s'occupait de la culture du bacille de la peste et de l'immunisation des rats contre cette maladie.

Depuis un mois et demi les travaux étaient terminés. Le laboratoire ne contenait plus que quelques rats immunisés et des cultures du bacille, servant à contrôler, de temps à autre, l'immunisation des animaux vaccinés.

Franz Barisch, garçon de laboratoire chargé de tenir le local en ordre et de nourrir les animaux, en expérience fut pris de la peste le 15 octobre. Ce malade présenta la *forme pneumonique* et succomba le quatrième jour. On ne dit pas qu'il fut soumis au traitement par le sérum antipesteux.

Le 19 octobre, le lendemain de la mort de Barisch, Albertine Pécha, l'une des deux garde-malades qui venaient de soigner le pestiféré, tomba malade à son tour. Elle présenta la forme pneumonique, mais ne mourut que

le 30 octobre, le onzième jour de sa maladie. Cette malade avait été soumise aux injections antipesteuses.

Le 25, elle reçut 60 centimètres cubes. Après une légère amélioration du mouvement fébrile, la température s'étant de nouveau élevée et l'état général aggravé, cette malade reçut une nouvelle dose de 60 centimètres cubes de sérum. Le lendemain, nouvelle dose de 60 centimètres cubes, ce qui n'empêcha pas la malade de succomber.

Le 21, trois jours après la mort de Barisch, le Dr Müller, qui lui avait donné ses soins et qui avait présidé au grattage de la chambre occupée par le malade, présenta les premiers symptômes de la peste, forme pneumonique. La marche fut foudroyante et notre malheureux confrère succomba le troisième jour.

Je ne trouve signalé nulle part l'emploi du sérum antipesteux chez ce malade, ni à titre prophylactique, ni à titre curatif.

Les autres garde-malades ont présenté des malaises mal définis ; mais la maladie semble s'arrêter. Elle se résume en trois cas et trois morts.

Cette triste histoire de la peste à Vienne, si limitée qu'elle ait été par le nombre de ses victimes, nous offre néanmoins des résultats que nous devons constater.

Ce qui doit d'abord attirer notre attention, c'est l'extrême puissance de transmissibilité du microbe de la peste à l'homme. Ainsi, la première victime n'a pu prendre la maladie que par le contact ou la respiration du bacille de la peste. Pas plus chez lui que chez les deux autres, on ne peut admettre la transmissibilité de la peste par inoculation. Aucune des victimes ne portait de plaie pouvant servir de porte d'entrée à la maladie, sans cela on les eût

signalées; les médecins étaient avertis de ce mode possible de transmission puisque le D[r] Pöch éloigna l'une des deux religieuses placées auprès des malades à cause d'une écorchure qu'elle portait à la main.

La transmission de la peste dans ces cas, heureusement si limités mais si faciles à observer, a donc eu lieu par simple cohabitation pour les deux dernières victimes et par un mode qu'on ne peut déterminer pour la première.

L'action curative du sérum a très probablement reculé l'issue fatale dans le seul cas où il a été employé. Est-ce à son action prophylactique que nous devons la terminaison de l'épidémie de Vienne. Nous devons le penser puisque l'on dit que les injections préventives ont été pratiquées au personnel médical.

L'histoire de la peste de Vienne nous fournit une occasion excellente d'étudier un mémoire du D[r] P. L. Simond *sur la propagation de la peste.* Ce mémoire a été publié au mois d'octobre 1898 dans les Annales de l'Institut Pasteur.

De ce mémoire résulte un fait fort curieux et d'une application pratique très grande : c'est le rôle considérable joué par les rats dans la propagation de la peste.

L'épidémie sévirait d'abord sur les rats et de là se transmettrait à l'homme. « Le rat est l'agent du transport, de proche en proche ; beaucoup plus redoutable que l'homme, il joue le rôle essentiel dans la dissémination, au point qu'on peut le considérer comme la condition du caractère épidémique de la peste » (Ann. de l'Institut Pasteur. Oct. 1898, p. 686.)

L'auteur croit avoir établi que la propagation par l'homme est très lente, qu'il s'écoule un long temps entre

le décès du cas humain importé et le développement de l'épidémie; que cette lenteur dans l'importation par l'homme s'explique par la nécessité du développement préalable de la peste chez les rats de la localité et que ce sont les rats pestiférés par l'homme qui deviennent l'instrument de l'épidémie

Le D[r] P. Simond ajoute la gravité d'une épidémie humaine est en rapport avec la gravité de l'épidémie des rats.

M. Simond a fait de très nombreuses expérimentations d'où il conclut que, chez les rats, les souris, les singes et les écureuils, aptes à contracter la peste, cette maladie ne se transmet ni par cohabitation, ni par ingestion dans l'estomac de cultures pures, mais seulement par inoculation.

Nous nous proposons de démontrer dans un instant le mal fondé de cette proposition qui a pris un tel empire sur l'esprit de M. Simond qu'il explique la transmission de la peste du rat à l'homme par les *piqûres de puces* provenant de rats pestiférés.

Sans doute c'est un fait fort curieux et de grande importance que celui de la peste des rats et de son rôle dans la transmission de cette maladie à l'espèce humaine.

Mais il ne faut rien exagérer. Les trois cas de peste observés à Vienne se sont propagés sans l'intermédiaire des rats ni de leur puces, et l'on n'a point observé cette longue période qui, d'après M. Simond, séparerait la constatation du premier cas de ceux qui doivent le suivre.

Les expérimentations de M. Simond, qui tendent à prouver que la transmission de la peste ne peut se faire que par inoculation, tombent devant les faits de Vienne,

où la transmission s'est opérée si rapidement, en dehors de tout traumatisme.

J'ajoute qu'il est dangereux, en bactériologie, de conclure trop facilement d'une seule série d'expériences, témoin cette note du Dr Roux : « Les expériences sur les rats, les cobayes et les lapins, faites avec le concours de M. le Dr Batzaroff, nous ont montré qu'il est facile de donner une peste mortelle à ces animaux, en déposant sur leur muqueuse nasale et sans l'excorier, un peu de bacilles pesteux pris sur une culture en gélose ou dans la rate d'un animal pestiféré. On peut ainsi transmettre la peste d'animal en animal plus sûrement que par inoculation sous-cutanée » (Ann. de l'Institut Pasteur, 1898, p. 665).

Une dernière réflexion. Ce fait de Vienne montre l'horrible puissance de transmission de la peste, et les dangers auxquels expose l'étude de son bacille, et les précautions minutieuses dont doivent s'entourer ceux qui les cultivent.

Nous ne pouvons nous empêcher de sourire quand, auprès du bacille de la peste, on vient nous parler des dangers auxquels s'exposent les médecins qui étudient le bacille de la tuberculose !

Une dernière remarque, c'est que le *sérum antipesteux* a une action préservatrice extrêmement courte, trois semaines, ce qui empêche de l'utiliser dans les grandes épidémies.

Dr P. Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

LEÇON SUR LES COLCHICACÉES

Extraite de l'ouvrage de Farrington « A clinica Materia Medica ».

Colchicacées.	Veratrum album	Esprit. Abdomen.
	Veratrum viride Sabadilla	Circulation.
	Colchicum	1 Nerfs. 2 Abdomen. 3 tissus fibreux. 4 Organes.

Nous retirons de la famille des Colchicacées les remèdes suivants : *Veratrum album*, *Veratrum viride*. *Sabadilla* et *Colchicum*.

Je suis persuadé que les deux premiers de ces médicaments sont assez connus et que pour cette raison on les emploie rarement mal à propos.

Mais *Colchicum* n'a pas dans la pratique la place qu'il mérite; en réalité, il nous vient de l'école allopathique comme un remède très recommandé pour la goutte, mais nous ne devons pas, cependant, par suite de l'usage exagéré de ce médicament dans la vieille école, passer à une exagération contraire et le négliger tout à fait comme remède.

Colchicum.

J'ai classé les symptômes de Colchicum en quatre groupes, le premier, *les nerfs*, comprend l'état typhique et la débilité.

Vous devez savoir que le médicament tend à produire une grande prostration d'où provient le danger de l'administrer à forte dose comme remède de routine dans la goutte et le rhumatisme. En même temps que les accès de douleurs peuvent être soulagés par lui, il peut aussi produire un état de débilité qui plonge le malade dans de nouveaux dangers. Voyons comment nous pouvons user des effets de cette drogue conformément à notre loi de guérison. Nous le trouvons indiqué dans la débilité, surtout dans la débilité qui provient de la perte du sommeil ; par exemple quand on ne peut pas se coucher aussi tôt que d'habitude, qu'on est privé d'une partie de son sommeil habituel et qu'on se réveille le lendemain matin fatigué et languissant; on peut à peine mettre un pied devant l'autre, il n'y a pas d'appétit, on a un mauvais goût dans la bouche et des nausées. La débilité provient du manque de digestion et de sommeil. Vous voyez comme cet état se rapproche intimement de celui de *Nux vomica.*

Toutefois la débilité est plus grande que celle de *Nux vomica*; il y a parfois du dégoût de la nourriture, l'odeur des mets qui cuisent donne presque des nausées, le malade devient irritable, toutes les impressions externes l'ennuient et en cela il est absolument semblable à Nux vomica.

Comme autre forme de débilité ou de fièvre débilitante nous trouvons *Colchicum* indiqué parfois dans la fièvre typhoïde. Dans cette affection il se place entre *Arsenicum* et *Cinchona.* L'intelligence du malade est affaiblie ; bien

que son esprit soit obscurci il répond encore correctement à vos questions, faisant voir ainsi qu'il n'est pas dans une stupeur complète. Si vous ne le questionnez pas sur son état, il ne sait rien à ce sujet et sa position ne lui semble par dangereuse. Il n'y a pas cette frayeur de la mort qui indique quelques autres médicaments dans la fièvre typhoïde. Les pupilles sont largement dilatées et peu sensibles à l'action de la lumière; il y a une sueur froide sur le front; ici vous notez immédiatement une ressemblance avec *Veratrum album*.

Quand le malade essaie de soulever sa tête de dessus l'oreiller, elle retombe en arrière avec la bouche largement ouverte. Vous voyez ainsi quelle est la faiblesse musculaire dans les cas de *Colchicum*. La face a une apparence cadavérique, les traits sont effilés, le nez semble avoir été pincé ou fortement comprimé et les narines sont sèches et même noires, la langue est lourde et raide, le malade ne la sort qu'avec difficulté. Dans les cas extrêmes elle est bleuâtre surtout à la base. Il y a perte presque complète de la parole et l'haleine est froide. Souvent il y a des nausées et des vomissements qui s'accompagnent d'efforts considérables. Ces symptômes s'accompagnent d'agitations et de crampes dans les jambes.

Si nous nous occupons de la région abdominale, nous trouvons que le corps est chaud, tandis que les extrémités sont froides; il y a un tympanisme très développé. Les selles sont aqueuses et fréquentes, elles s'échappent involontairement.

Tels sont les symptômes qui nous amèneront à employer *Colchicum* dans les états typhiques. Ils ressemblent beaucoup à ceux qui demandent *Arsenicum* et *Cinchona*, à Arsenicum pour l'intensité de la débilité et à

Cinchona pour le tympanisme. *Colchicum* semble tenir le milieu entre les deux, il combine l'agitation et la faiblesse d'Arsenicum avec le tympanisme de Cinchona. Nous noterez que les symptômes de Colchicum sont surtout abdominaux; quelques-uns d'entre eux font penser à *Veratrum album*. Vous aurez donc ce remède présent à l'esprit à côté de Colchicum pour pouvoir faire la distinction nécessaire entre les deux.

Carbo vegetabilis se rapproche de Colchicum pour le refroidissement de l'haleine, le tympanisme et la grande prostration. Mais Carbo vegetabilis semble convenir quand il y a dépense exagérée des forces vitales.

Le malade est froid et presque sans pouls. Le pouls donne au doigt qui l'examine la sensation d'une légère ondulation, il n'y a pas de pulsation franche. Les pieds et les jambes au-dessous des genoux sont froids et il peut y avoir du refroidissement des genoux et des pieds, bien que les parties entre ces deux régions ne soient pas froides. Dans Carbo vegetabilis les selles aqueuses ne sont pas aussi caractéristiques; les déjections peuvent faire défaut ou si elles existent elles sont d'un brun foncé et d'une odeur infecte.

Passons maintenant aux symptômes abdominaux. J'ai déjà mentionné le tympanisme et la diarrhée. Outre ces symptômes, nous en avons d'autres qui indiquent fortement le médicament comme remède possible pour le choléra.

Il y a des nausées et des vomissements; les nausées semblent provoquées par l'odeur des aliments. Chaque fois que le malade se met sur son séant les nausées et les vomissements sont pires. Les matières vomies sont aqueuses et bilieuses. Il y a des symptômes de dysen-

terie, les selles sont fréquentes, aqueuses et sanguinolentes, elles contiennent des lambeaux que l'on croyait autrefois être des débris de la muqueuse intestinale, mais que l'on sait maintenant être des exsudats de formation plastique. Le ténesme est violent et suivi de spasmes du sphincter anal. Si vous avez affaire à un cas de dyssenterie avec ces symptômes *Colchicum* vous sera d'un grand secours. S'il y a aussi du tympanisme il est indiqué avant tout autre remède et bien préférable à *Cantharis*, *Mercurius* ou à n'importe quel autre remède de notre matière médicale.

Le troisième chapitre sur le tableau est : « Tissus fibreux. » Ceci nous amène à étudier Colchicum par rapport au rhumatisme et à la goutte. Colchicum a une affinité spéciale pour les tissus fibreux. Sous ce terme, je comprends les tendons, les aponévroses musculaires, les ligaments articulaires et même le périoste. L'enflure qu'il produit est, soit d'un rouge sombre, soit pâle, sans tendance particulière à la suppuration, extrêmement sensible au toucher et avec une tendance très grande à se transporter d'une articulation à une autre. Dans le rhumatisme franc, Colchicum est indiqué quand il commence dans une articulation, puis passe à une autre, ou bien voyage d'un côté du corps à l'autre. Les douleurs augmentent dans la soirée ; l'articulation est extrêmement sensible au plus léger mouvement. L'urine est rouge foncé et peu abondante, absolument comme vous vous attendez à la trouver dans la goutte ou le rhumatisme. Ces malades sont excessivement irritables ; la plus légère impression extérieure comme lumière, bruit ou odeur forte les ennuie et les douleurs leur semblent insupportables ; la seule différence entre ces symptômes et ceux de

la goutte est que dans cette dernière le gros orteil est atteint et que les crises surviennent la nuit. Quelquefois nous avons une métastase du rhumatisme ou de la goutte du côté de la poitrine ; même alors Colchicum peut être le remède. Il est indiqué dans les affections valvulaires du cœur ou la péricardite consécutive au rhumatisme par de violentes douleurs sécantes et des piqûres dans la poitrine surtout dans la région cardiaque avec grande oppression et dyspnée.

Il y aussi la sensation d'avoir la poitrine comprimée par un bandage trop serré.

Colchicum est presque seul pour le rhumatisme et la goutte, il n'y a pas de remèdes qui ressemblent à son action ici.

Colchicum est quelquefois indiqué dans l'hydropisie avec suppression de l'urine.

L'hydropisie a tendance à se manifester surtout par de l'hydrothorax. Chaque urine émise contient du sang ; elle est presque toujours aussi noire que de l'encre et est chargée d'albumine.

Vous voyez ici qu'il est indiqué dans l'hydropisie qui dépend d'une maladie de Bright. Il ressemble étroitement à *Lachesis* qui a aussi cette urine noire, et à *Terebinthine* qui cause de la congestion rénale avec rupture des fins vaisseaux capillaires et par conséquent un épanchement du sang dans les bassinets. L'urine contient des tubes urinifères, elle a une apparence trouble et un dépôt d'un rose sale.

Vous avez vu ainsi quand on peut employer Colchicum dans le rhumatisme, dans la fièvre typhoïde et dans la débilité simple. La prostration dont je vous ai parlé comme consécutive à l'usage prolongé de Colchicum peut

être utilisée dans le cas suivant, quand après des attaques fréquentes et aiguës de goutte le malade est extrêmement affaibli. Dans les affections cardiaques Colchicum est étroitement allié à *Spigelia*. Quand on a abusé de Colchicum il faut employer *Spigelia* comme antidote.

Veratrum album.

Depuis l'époque d'Hahnemann, on a employé Veratrum album pour le choléra asiatique, le choléra morbus et d'autres affections abdominales. Les symptômes à ce point de vue sont bien connus; mais si vous n'êtes pas très attentif, vous négligerez un emploi très important de ce médicament c'est-à-dire dans les symptômes mentaux. Dans les empoisonnements avec Veratrum il y a peu de symptômes que l'on puisse rapporter au cerveau. Il semble agir surtout sur les organes abdominaux sur lesquels il agit probablement par l'intermédiaire des nerfs splanchniques. Lorsque ces nerfs sont paralysés, les vaisseaux sanguins sont remplis outre mesure de sang et ils laissent sortir du sérum.

A ce point de vue il ressemble à *Elaterium*. La prostration, le froid et cette terrible sensation de dépression de Veratrum proviennent aussi des nerfs. Mais Veratrum peut également affecter le cerveau et même alors les symptômes ne s'accompagnent pas forcément de froid, de faiblesse, etc.

Veratrum album peut être indiqué dans le délire; vous noterez en particulier qu'il est alors en apparence étroitement allié à *Belladona*. Le délire s'accompagne d'agitation avec désir de couper et de déchirer ses vêtements; de loquacité et d'un parler rapide, ardent, bruyant; le malade frappe ceux qui l'entourent, il est anxieux et effrayé par

des choses imaginaires, il est lascif, obscène dans ses paroles, il sort du lit et s'élance dans la chambre comme si cela devait le soulager. Jusqu'à présent les symptômes sont tels que vous ne pourriez que difficilement les différencier de ceux de *Belladona* et de ceux de *Stramonium*. La différence consiste en ce que : *Veratrum album* a du refroidissement de la surface du corps avec une sueur froide au front. Quelquefois la face est rouge et les lèvres sont bleues et il y a des tressaillements dans les membres. *Veratrum* convient aussi aux femmes qui semblent avoir des impressions mentales anormales, par suite de troubles dans la sphère génitale, dans la nymphomanie par exemple. La malade est lubrique au dernier degré, elle s'élance dans la chambre et essaie d'embrasser tout le monde ; ces excès sont surtout sujets à se montrer avant chaque période menstruelle.

Elle invente continuellement les mensonges les plus obscènes. Il faut aussi penser à Veratrum lorsqu'après une peur, il y a un grand refroidissement du corps et de la diarrhée. *Gelsemium* a aussi de la diarrhée après une frayeur, mais, sous Veratrum, elle s'accompagne de froid et de prostration.

Voyons maintenant quelques symptômes du ventre. Veratrum album est indiqué dans les affections intestinales, dans le choléra morbus, le choléra infantile, le choléra asiatique et l'invagination intestinale. Les diarrhées sont profuses, aqueuses et verdâtres, elles contiennent quelquefois de petits flocons ressemblant à des épinards. Quelquefois aussi, elles sont sanguinolentes et s'accompagnent toujours de douleurs sécantes dans le ventre et souvent de crampes dans les membres. Il y a une grande faiblesse, et presque de l'évanouissement à cha-

que effort pour aller à la selle ; il y a très peu de vomissements, le front est couvert d'une sueur froide. Dans les diverses affections cholériformes Veratrum est donc indiqué par les symptômes suivants : vomissements et selles en même temps, coliques dans le ventre avec crampes surtout dans les mollets, selles aqueuses abondantes, riziformes comme on les appelle ; accompagnées d'une grande prostration, de sueurs froides surtout au front.

Il est inutile de donner Veratrum dans les affections cholériformes s'il n'y a pas de douleurs ; le malade est pire la nuit, l'amaigrissement est rapide.

Le premier remède que nous ayons à étudier ici pour ses rapports avec Veratrum album est *Camphora*. Comme Veratrum il produit du refroidissement et des symptômes de collapsus. Camphora convient mieux au choléra quand les évacuations sont plus abondantes et les nausées très marquées. Quelquefois la lèvre supérieure sera rétractée, découvrant les dents, rendant ainsi plus hideuse l'expression nauséeuse de la face. Le corps entier est froid, la voix est criarde et d'un timbre élevé.

Jatropha curcas présente un tableau du choléra encore plus exact que Veratrum ; il cause des vomissements de matières albumineuses, filantes et de la diarrhée.

Podophyllum ressemble à *Veratrum alb.* en ce qu'il présente un tableau parfait du choléra morbus. Il est spécialement indiqué quand le cas est caractérisé par l'absence de douleurs. En cela il est différent de Veratrum. Les attaques se manifestent généralement pendant l'été. Les selles sont aqueuses, sortent en jet et avec bruit comme l'eau d'un robinet. Il y a un dégoût marqué pour la nourriture. Les selles ont plutôt lieu après minuit et vers le matin ; elles changent facilement de couleur.

Il y a un remède qui, à mon avis, convient mieux aux souffrances des enfants pendant l'été que Veratrum, c'est *Iris versicolor*. Il produit des symptômes inflammatoires marqués avec sensation d'excoriation à l'anus. Le malade est pire vers 2 ou 3 heures du matin. Il y a des nausées et des vomissements acides et quelquefois bilieux. Les selles sont : soit aqueuses, soit d'un vert jaunâtre et mélangées de bile ou de parcelles huileuses.

Pulsatilla est réclamé par la diarrhée après minuit due à l'ingestion de pâtisserie ou de crème glacée immédiatement après un repas.

Crotum tiglium entre en jeu quand les selles sont jaunes ou vert jaune et partent en jet avec bruit comme l'eau qui sort d'un robinet. Toute tentative de boire ou de manger les provoque. *Elaterium* est le remède des selles aqueuses abondantes quand elles sont d'un vert d'olive.

J'ai souvent trouvé Veratrum album utile pour la faiblesse cardiaque consécutive aux maladies aiguës, lorsque le muscle cardiaque devient si faible que le pouls est filiforme. Le malade se trouve mal en se remuant. Couché, la face est rouge, assis, elle devient pâle. Souvent vous trouverez les mains froides et visqueuses.

Veratrum viride.

Bien que le nom de ce médicament soit semblable au précédent, il ne faut pas en conclure qu'il produit les mêmes symptômes. *Veratrum viride* produit de la congestion de la base du cerveau et de la partie supérieure de la moelle épinière. Il fait ainsi obstacle aux fonctions du nerf pneumogastrique. Il semble produire d'abord de l'engorgement des poumons comme celui que nous observons au début de la pneumonie. Cet état s'associe à beau-

coup d'excitation artérielle. Si ces symptômes ne sont pas enrayés, nous avons ensuite des vertiges et des syncopes en essayant de se lever, des nausées, de la sueur froide, de l'orthopnée et en réalité tous les symptômes de paralysie du cœur dus au surmenage de cet organe. Vous voyez donc que Veratrum viride est un remède de grande valeur dans ces violentes congestions qui précèdent la pneumonie. Il peut même faire avorter la maladie.

Veratrum viride produit aussi l'œsophagite et dans cette affection on peut le trouver indiqué quand elle est le résultat d'un traumatisme. La difficulté d'avaler et les douleurs brûlantes dans l'œsophage l'indiquent. Dans la chorée il est aussi indiqué lorsque, outre les secousses choréiques, il y a une violente congestion des centres nerveux.

Donné à basse atténuation, il soulage la congestion et par là même les troubles nerveux. Nous pouvons même nous fier à Veratrum viride pour les convulsions puerpuérales. La congestion cérébrale est profonde, la malade est plongée dans un état semblable à de l'apoplexie. Dans l'intervalle des accès, elle est sans connaissance ou plongée dans un profond sommeil. La face est rouge, les yeux injectés, il y a de violentes secousses convulsives. Dans quelques cas *Gelsemium* est utile lorsqu'il y a un abattement profond de l'esprit.

Sabadilla

De même que Veratrum album, Sabadilla est un remède utile grâce à ses symptômes mentaux. On peut l'employer avec succès dans les cas de maladies imaginaires. Par exemple, la malade s'imagine être enceinte quand elle a un peu de tympanisme ou bien qu'elle a un horrible mal

de gorge qui se terminera sûrement d'une manière fatale. *Thuya* a comme symptôme que la malade s'imagine être double ou triple ou qu'elle est de verre, et elle a constamment peur de se briser si on la touche. Sabadilla est utile dans l'influenza. Il y a de violents éternuements spasmodiques et du larmoiement en allant à l'air; la gorge est aussi entreprise et vous donne le tableau parfait d'une amygdalite. La maladie débute du côté gauche et gagne le côté droit, la douleur est augmentée en essayant d'avaler à vide.

Quelquefois il y a sensation d'un fil dans la gorge ou de constriction de la gorge comme si elle était serrée avec une corde.

Nous pouvons aussi employer Sabadilla contre les vers, quand il y a des nausées et des vomissements accompagnés d'une colique particulière, les intestins semblent tourner en rond comme une roue.

Traduit par le Dr G. NIMIER.

MATIÈRE MÉDICALE

PATHOGÉNÉSIE DE L'ŒNANTHE CROCATA.

INTELLIGENCE (1). Sentiment comme s'il avait perdu les sens. (Watson.)

Trouble de la raison. (Van der Wiel.)

Pendant 24 heures, je n'étais pas en possession de moi-même, ne sachant ni ce que je faisais ni ce que je disais, éprouvant à la bouche et à l'estomac une ardeur très vive. (Smetius.)

Privation du mouvement, du sentiment et de la connaissance. (Vacher.)

Perte de connaissance, visage livide et turgescent. (Nwins.)

Le malade a perdu la mémoire; il ne se rappelle plus dans quelle circonstance il s'est trouvé, quelle racine il a mangée. (Gestin.)

On la trouve étendue dans son lit sans sentiment (après 1 h. 20 .). La pupille était contractée et l'ouverture pupillaire avait la grandeur d'une tête d'épingle, pouls à 40, petit et filiforme, la peau froide est humide surtout à la main et au front, parole impossible et perte de la faculté de déglutir (après 1 h. 45). (Froyselle.)

(1) Publiée dans le *Journal belge d'homœopathie* et tirage à part, Bruxelles, 1898.

Perte de connaissance, puis convulsions et au bout d'une heure, mort. (Smith.)

Perte de connaissance et de la parole sans exprimer la moindre plainte (ne reconnaissant personne). (Foss.)

Insensibilité. (Hahnemann).

Délire furieux. (Watson.)

Délire maniaque très prononcé. (Smetius.)

Délire maniaque avec jactitation. (Boseyt.)

Délire. (Friedreich, Loiseleur, Hahnemann.)

Etat qui caractérise le delirium tremens. Les malades couraient constamment d'une place à une autre; ils parlaient sans cesse et sans savoir ce qu'ils disaient; ils voulaient prendre des objets qui n'existaient pas, et les individus qui se trouvaient là leur paraissaient des objets dont ils s'étaient déjà servis, chez 5. (Unger.)

Subdelirium, avec agitation et même convulsions. (Graham.)

Agitation excessive; elle se débattait, blasphémait et en même temps, elle était prise d'un rire convulsif. (Unger.)

Agitation extraordinaire et délire. (Med. Tim., 6 mars 1858.)

Agitation extrême simulant une manie. (Graham.)

Elle est devenue folle et furieuse et comme ivre; elle se croyait transportée sur des points très élevés et s'imaginait voler en l'air. (Tragus.)

Toute une famille était devenue comme folle, essayait de mordre tout le monde. (Waad.)

Il devint fou. (Rey.)

Hallucinations. (Reveille-Parise.)

Je croyais apercevoir toute sorte de petits oiseaux et de

levreaux, et tous les hommes paraissent ou morts ou malades. (Smetius.)

Ils s'imaginaient voir des lézards et des serpents, d'autres se jetaient dans le feu, les autres couraient dans les buissons et dans les haies. (Smetius.)

TÊTE. — Vertiges. (Watson, V. Dewiel, Howels, Roquès, Hahnemann, Allen, Friedreich, Loiseleur.)

Vertiges de l'ébriété, délire avec hoquets. (Roesterus.)

Vertiges et malaise, sans perte de connaissance. (Unger.)

Vertige et chute. (Suite, Pickel, 1841.) .

Vertiges, assoupissement, soubresauts, après deux heures. (Houlston.)

Vertige violent avec quelques vomissements, après quinze minutes. (Pultney.)

Vertige cérébral avec nausées et indispositions, fréquemment suivies de vomissements. (Pultney.)

Vertige dans la tête. (Hooper.)

Il ressent des vertiges et de l'étranglement, après vingt minutes.

Vertiges et étourdissement, il tomba tout à coup à la renverse. (Gayet.)

Ce malade éprouva des vertiges, des nausées suivies de vomissements. (Gestin.)

Elle fut prise de vertige et tomba en défaillance; dans l'espace d'une heure elle succomba. (Pickel, 1838.)

Vertiges, évacuations alvines, vomissements. Elle tomba fortement convulsée, état qui persiste jusqu'à la mort, au bout d'une heure. (Nicol.)

Vertiges, puis convulsions se succédant sans interruption pendant deux heures jusqu'à la mort. (Graham.)

Vertiges avec flatuosités et pincements violents. (Graham.)

Vertiges qui l'obligent à diverses reprises à quitter la chambre pour aller respirer le grand air ; en écrasant les racines. (Lightfoot.)

Eblouissements. (Rochard.)

Etourdissement. (Vacher, Hahnemann, Froysell.)

Etourdissement et faiblesse dans les membres. (Bossey.)

Etourdissements, puis nausées, convulsions atroces, puis raideur tétanique qui fut suivie d'un coma profond et de la mort, (Keraudren.)

Etourdissement avec nausées et accablement suivi souvent de vomissement. (Pultney.)

La tête se porta en avant et en arrière, ou vers les épaules dans la position assise ; replacée sur le coussin, il la porta de côté et d'autre avec agitation des mains. (Popham.)

Elles chancellent et tombent sur le sol ; mort après une demi-heure. (Pickel.)

Bouffées de châleur âcre qui se portent à la tête. (Charles.)

Chaleur intense dans la tête. (Freidreich.)

Violents maux de tête et nausées fréquentes sans vomissement. (Vincent.)

Chute des cheveux. (Hahnemann.)

Chute des cheveux et des ongles. (Vaugham.)

Yeux. — Renversement des yeux. (Vacher.)

Dilatation de la pupille et rougeur des yeux. (Pickel.)

Pupilles dilatées ; yeux fixes sans aucun mouvement ; rétine insensible à la lumière.

Pupilles largement dilatées et convulsées. (Foss.)

La pupille contractée et l'ouverture pupillaire n'avaient que la grandeur d'une tête d'épingle avec perte du sentiment. (Froysell.)

Les pupilles reprennent leur état normal une heure

avant la mort pour se dilater de nouveau après la mort. (Foss.)

Yeux peu sensibles à l'action de la lumière. (Questum.)

Sa vue se trouble et il fut en proie à un hoquet très tenace. (Timans.)

Tout à coup la vue se trouble et il tombe en convulsions. (Vincent.)

Trouble de la vue. (Friedreich.)

Il se trouva privé de la vue et l'esprit égaré. (Amat. Lusitanus.)

Contraction spasmodique des paupières après quatre heures. (Popham.)

Nez. — Hémorrhagies nasales. (Vander Wiel-Loiseleur.)

Saignement du nez abondant, la nuit, se reproduisant trois fois dans la journée. (Vacher.)

Face. — Face pâle, les yeux cernés. (Foss.)

Face pâle, pupilles dilatées, pouls faible. (Baumer.)

Grande pâleur de la face, pupille dilatée, regard incertain et hagard, langue nette, humide et tremblante, pouls petit, plus faible et plus lent que de coutume. (Unger.)

Hébétude de la face, pupilles contractées légèrement ; il ne répond pas aux questions qui lui sont faites et a une grande tendance au sommeil. (Gestin.)

Les yeux étaient fermés avec des crispations, la face grippée, les mâchoires étaient si fort contractées, qu'on n'a pu rien lui faire avaler. (Rochard.)

Taches rouges sur le visage, la poitrine, les bras. (Loiseleur.)

Petites taches rougeâtres à la face, sur la poitrine et les extrémités supérieures. (Friedreich.)

Taches rosacées de figures irrégulières, d'abord petites

et qui, s'élargissant successivement, occupaient bientôt toute la face, s'étendant également sur la poitrine et les bras. (Charles.)

Bouche. — Brûlure immédiate de la bouche et du pharynx. (Pickel.)

Inflammation dans la bouche et le gosier. (Godefroy).

Ardeur violente dans la gorge et l'estomac. (Watson.)

Chaleur brulante à la gorge et à l'estomac (Vander Wiel.)

Ampoules à la bouche. (Bry.)

Grande chaleur dans la gorge. (Bry.)

Chaleur brûlante à la gorge. (Reveille-Varise.)

Chaleur à la gorge et à l'estomac; délire, convulsions, coma, ecchymoses rouges sur la face et la poitrine; mort. (Thomson.)

Ardeur et sensation de constriction dans la gorge. (Friedrich).

Ecume à la bouche (Watson.)

Occlusion violente de la bouche; convulsions et un spasme tel dans les muscles de la mâchoire qu'il était impossible de séparer la mâchoire inférieure de la supérieure après une demi-heure. (Watson.)

Resserrement très violent des mâchoires. (Howels.)

Contraction de la mâchoire inférieure. (Vacher.)

Spasme de la mâchoire, dilatation des pupilles et stupeur, pendant plusieurs jours. (Pickels.)

Serrement des mâchoires, puis convulsions douloureuses, jusqu'à la mort. (Manchester Gaz.)

Serrement des mâchoires. (Hooper.)

Trismus. (Richard.)

Sentiment de feu à la gorge et à la région épigastrique, douleurs plus ou moins vives. (J. Roques.)

Ils ne peuvent avaler aucun liquide. (Foss.)

Perte de la faculté de déglutir. (Froysell.)

Rire sardonique qui dure déjà depuis plusieurs jours.

Langue extrêmement douloureuse et tuméfiée par suite des morsures faites pendant les convulsions. (Vacher.)

Grande soif; je sentais un grand feu dans l'estomac et dans la gorge. (Smetin.)

Langue tremblante; il la pousse lentement et en hésitant. (Popher.)

Elle pousse la langue aussi loin que possible, comme si elle voulait débarrasser la base d'un corps étranger; dans l'intervalle, des convulsions. (Foss.)

Perte de l'appétit avec débilité. (Graham.)

ESTOMAC. — Malaise avec envies de vomir et vomissements. (Watson.)

Envies de vomir (Watson.)

Nausées qui furent suivies d'évacuations alvines. (Vander Wiel.)

Efforts incroyables pour vomir et état convulsif des plus prononcés. (Rochard.)

Malaise général, nausées, vertiges et vomissements. (Duval.)

Nausées et spasmes. (Godefroy.)

Nausées fréquentes sans vomissement et violents maux de tête. (Vincent.)

Envie de vomir. (Ehret.)

Nausées, vomissements. (Loiseleur.)

Vains efforts pour vomir ou vomissements répétés. (Roques.)

Violent mal de cœur au bout d'une heure. (Caillaud.)

Vomissement d'une masse d'un liquide aqueux. (Watson.)

Il vomissait tout ce qu'il prenait. (Vacher.)

Vomissements et convulsions. (Allen.)

Vomissements, crampes, douleurs aiguës. (Pickel.)

Vomissement de sang et écoulement de mucus sanguinolent de la bouche. (Nevius.)

Violente indisposition suivie de violents vomissements; après s'être couché, sueurs froides. (Putteney.)

Eructations constantes et continues, fortement aromatiques, rappelant le goût de la plante. (Graham.)

Vomissement d'un demi-pot d'eau claire. (Ehret.)

Ardeur mordicante à la région épigastrique, sans nausées. (Charles.)

Elle éprouvait une profonde brûlure dans l'estomac. (Pickel.)

Sensation de brûlure à l'estomac avec constriction à la gorge, avec nausées et mal de tête; convulsions et mort instantanée. (Popham.)

Cardialgie. (Vander Wiel.)

Douleurs cardialgiques. (Loiseleur.)

Maux de cœur, vomissements, cardialgie et syncopes. (Rochard.)

Douleurs inouïes au cœur et à l'orifice supérieur de l'estomac. (Rochard.)

Vive douleur à l'estomac, avec inflammation à la bouche et au gosier. (J. Pharm. 1822.)

Il éprouva des douleurs dans l'estomac et tomba en convulsions; il fut rigide pendant quelques heures dans un état de stupeur, les pupilles dilatées, l'écume à la bouche et l'abdomen très ballonné. Après une demi-heure, il guérit. (Pickel.)

Violentes douleurs à l'épigastre; la face devient immédiatement pâle et il répond qu'il vient d'avaler du tabac qu'il mâchait (il n'en avait pas). (Vincent.)

Fortes douleurs dans l'épigastre; violents maux de ventre, comme de coliques, avec vomissements, diarrhée et ballonnement du ventre. (Friedreich.)

Ballonnement du ventre. (Watson.)

Flatuosités, coliques violentes. (Graham.)

Violentes coliques abdominales. (Nevins.)

Horribles souffrances au point qu'il tomba deux fois en se rendant chez lui, où il succombait au bout de deux heures. (Caillaud.)

Coliques abdominales jusqu'au dernier moment, perte de la chaleur animale, vertiges et dépression de l'intelligence. (Popham.)

Elles ressentirent de violentes coliques et ne tardèrent pas à tomber en convulsion, la langue était projetée et mordue profondément à certains endroits après une demi-heure. (Pickel.)

Douleurs dans l'hypochondre droit. (Vacher.)

Taches rubéoliques sur l'abdomen. (Popham.)

Selles. — Grand besoin d'aller à la garde-robe suivi de la selle. (Watson.)

Forte envie d'aller à la garde-robe pendant trois minutes. (Ehret.)

Quelquefois abondantes évacuations alvines avec météorisme (Loiseleur.)

Urines. — Augmentation de la sécrétion urinaire avec copieux sédiment.

Voies respiratoires. — Larynx. — Perte de la voix; il ne peut proférer une seule parole. (Watson.)

La parole est impossible. (Froysell.)

Suspension de la respiration, suivie d'un spasme de la face, indiquant un spasme probable du diaphragme. (Fn. Foss.)

Poitrine. — Respiration très difficile. (Friedreich.)

Oppression de poitrine et angoisse extrême, au point que je ne savais ce que je devenais.

Oppression de poitrine et angoisse. (Smetius.)

Angoisses inexprimables, et mort après quatre heures. (Godefroid.)

Les plus grandes angoisses et mort après quatre heures. (J. Pharm. 1822.)

Douleur au cœur et difficulté de respirer, angoisse et étourdissement; hoquets.

Dos. — Raideur dans le dos. (Hahnemann.)

Douleurs dans le rachis qui s'étendaient le long des nerfs cruraux et sciatiques, avec crampes dans les jambes, vertiges et coliques, renvois avec goût d'Œnanthe, faiblesse et perte d'appétit. (Med. tim.)

Douleur dans le rachis, surtout dans la région lombaire et dans les nerfs sciatiques, avec vertiges, coliques, faiblesse et convulsions. (Med, tim.).

Membres. — Les extrémités sont froides. (Gestin.)

Prostration des membres. (Graham.)

Chute des ongles ainsi que des cheveux. (Watson, Bay Vaugham.)

Membres supérieurs. — Dès le premier jour, prurit extrême au dessus des ongles, à la pulpe des doigts, suivi d'une éruption confluente, semblable à celle que cause la piqûre des orties. Cette éruption a bientôt gagné les mains, les bras et toutes les parties du corps qui avaient été touchées, même instantanément, par le suc de la plante. Cette affection, qui a augmenté pendant quatre jours, a été compliquée d'une fièvre violente, du gonflement de la face et d'un prurit intolérable qui ne se calmait qu'en tenant les mains dans l'eau froide; enfin l'engorgement

et les doulenrs profondes et lancinantes dans les mains ont nécessité une large application de sangsues, qui a ramené la résolution de cette inflammation. L'éruption, qui n'a complètement disparu qu'au bout de quinze jours, a été suivie de la chute complète de l'épiderme. (Bloc. chez un ouvrier qui avait râpé les racines.)

Une heure après avoir rapé les racines, j'avais les mains enflées et me causant une douleur comparable à l'effet d'une brûlure. Je fus ainsi pendant deux jours, et dans certains endroits la peau se souleva comme de véritables pustules. (Carmerai.)

Deux heures après avoir rapé les racines, nous éprouvons une légère sensation de cuisson que l'on ne peut mieux comparer qu'à la sensation ressentie par suite de l'urtication. Cette cuisson existe à la face dorsale des doigts et de la main; rien à la face palmaire; au bout d'une heure environ, tout avait disparu, et il n'y a eu ni éruption ni desquamation; la peau était uniformément rouge. (Bloc.)

Membres inférieurs. — Il a perdu l'usage de ses jambes; on doit le transporter. (Ehret.)

Douleurs le long des nerfs sciatiques et cruraux commençant à la région spinale, surtout à la région lombaire. (Graham.)

Disposition aux crampes dans les mollets. (Graham.)

Grande hyperesthésie des plantes des pieds, la moindre excitation le rappelant de la stupeur. (Popham.)

Symptomes généraux. — Douleurs dans tout le corps, notamment dans la tête (en étant assis). (Watson.)

Ardeurs et douleurs dans tout le corps, dont la violence ne faisait que s'opiniâtrer. (Vacher.)

Douleurs générales, mais surtout à la tête. (Ehret.)

Les plus atroces douleurs suivies de mort. (Employé à l'extérieur, en friction, contre la gale.)

Les plus violentes convulsions suivies de la perte des sens et de l'intelligence avec sueur profuse, écume abondante à la bouche et ballonnement du ventre. (Watson.)

Violentes convulsions. (Vander Wiel.)

Convulsions auxquelles succéda un profond sommeil, réveillé, il ne voyait ni n'entendait plus rien, transporté chez lui, il ne tarda pas à mourir. (Amatus Lusitanus.)

Convulsions suivies de mort. (Howels.)

Chute subite sur le dos et mort en convulsion. (Philas transent 1748.)

Mouvements convulsifs. (Vacher.)

Tremblements et convulsions. (Vacher.)

Convulsions générales des membres, des yeux, de la bouche et des mâchoires, sans qu'il fut possible de lui rien faire avaler. (Vacher.)

Convulsions horribles avec abolition complète des sens et vomissements. (Allen.)

Paroxysmes épileptiques avec spasmes terribles et écume à la bouche. (Allen.)

Les convulsions les plus violentes se succèdent avec tant de rapidité qu'ils succombèrent en moins d'une heure et avant tout secours. (Duval.)

Il perdit la parole, tomba sans connaissance, et ensuite fut pris de convulsions terribles qui durèrent environ trois quarts d'heure et se terminèrent par la mort; les dents étaient fortement serrées par le trismus (après 1/2 heure). (Bry.)

Violentes convulsions subites; ces convulsions ne durèrent que quelques instants : il se trouva mieux, mais sa figure était pâle, conservant quelque chose d'égaré, et

il ne tarda pas à avoir un nouvel accès de convulsions. (Bossey.)

Perte de connaissance, de temps en temps ils étaient pris de violentes convulsions. (Bossey.)

Face engorgée et livide, écume sanguinolente sortant de la bouche et des narines, respiration stertoreuse et convulsive, état d'insensibilité et de prostration ; mort au bout de cinq minutes (Bossey.)

Etat apoplectique ; insensible, sans parole, pupilles dilatées, face gonflée et livide, respiration laborieuse, membres contracturés. Déglutition impossible, à cause du violent resserrement des mâchoires ; mort au bout d'un quart d'heure. (Bossey.)

Convulsions si violentes que plusieurs hommes vigoureux avaient la plus grande peine à le maintenir. Après cet accès il fut plus tranquille, recouvra en partie sa connaissance, répondait quand on l'appelait ; les convulsions se renouvelèrent, puis il tomba dans le coma et mourait à midi et demi, dans un nouvel accès convulsif. (Bossey.)

Après les convulsions, vertiges, pâleur de la face, de la dilatation des pupilles, refroidissement des extrémités, beaucoup de faiblesse, frissons violents, vomissements. (Bossey.)

Convulsions suivies de mort. (Bossey.)

Soubresauts et chute avec resserrement des mâchoires, mort. (W. Pickel.)

Convulsions, mort. (Pickel.)

Convulsions avec larges excoriations et inflammation vive de la bouche. (Reid. Pickel.)

Convulsions et ballonnement du ventre. (Pickel).

Ils éprouvèrent de terribles convulsions pendant quelques heures, des vomissements, du trismus, la langue

était mordue ; une sorte d'épilepsie ; une raideur tétanique s'empara de leurs membres et ils ne tardèrent pas à succomber. (Pickel.)

Convulsions et mort deux heures après. (Pickel.)

Il survint de violentes convulsions qui affectaient seulement les muscles fléchisseurs de tout le corps. Le tronc était violemment courbé en avant, les mains fortement serrées, même longtemps après la mort, et les mâchoires si solidement serrées que quelques dents se brisèrent en voulant introduire la pompe. La respiration était saccadée, spasmodique jusqu'à la mort, les pupilles, d'abord contractées, se dilatèrent jusqu'à la mort ; elles réagissaient très faiblement à la lumière. Le pouls était presque insensible. La connaissance ne revint pas, et les contractions spasmodiques des muscles persistèrent avec de faibles intermittences jusqu'au moment de la mort qui arriva douze heures après l'injection (Nevius).

On les trouva sans sentiment et sans parole, le visage livide, la langue enflée et projetée hors de la cavité buccale. Les mâchoires étaient fortement serrées ; il y avait écoulement d'un mucus sanguinolent, les yeux étaient gros et saillants, les pupilles dilatées, la respiration stertoreuse, et de temps en temps des convulsions générales. Ils moururent tous deux dans l'espace d'une heure et demie. (Boyles.)

Perte de connaissance, le corps était raide et immobile. Ecume sanguinolente à la bouche, respiration stertoreuse, visage livide, yeux fixes, pupilles dilatées ; il survint aussi de l'opisthotonos. Le pouls très faible, battements du cœur à peine sensibles, les mâchoires fermées, la mort survint en huit minutes (*Med. Times*, 6 mars 1858.)

Convulsions précédées de vomissements très violents et morts en deux heures (Id.)

L'individu fut pris de violentes convulsions épileptiformes, il était presque tout à fait rigide, insensible, gémissements avec respiration stertoreuse ; la face livide, les yeux fixes, les pupilles dilatées. Ecume sanguinolente devant la bouche. Contraction intense des muscles lombaires et dorsaux ; pouls et cœur à battements à peine sensibles, mâchoires presque fermées, langue déchirée et un peu saillante ; mourut au bout de huit à dix minutes. (Id.)

Violentes convulsions qui se succédèrent pendant près de deux heures jusqu'à la mort (Id.)

Convulsions qui durent près d'une heure ; le corps est en état de rigidité, sans qu'il y ait opisthotonos. Les jambes étaient étendues, mais les bras fléchis à angle droit au pli du coude. Il n'y avait pas d'exacerbations du tétanos. Les muscles, les doigts et les muscles du visage étaient en contraction permanente. Il y avait contraction tétanique des plus accusées des muscles droits supérieur et interne de l'œil ; les pupilles étaient normales. La respiration était pénible, à peine sensible ; de temps en temps survenait une aspiration spasmodique pour chasser de la bouche les mucosités sanguinolentes qui y étaient accumulées. Les mouvements du cœur étaient désordonnés et le pouls plus mou que d'habitude. La langue était à moitié déchirée à son extrémité. Le malade avait l'apparence d'un cadavre (Smiley. Kane).

Convulsions qui terminèrent la vie une heure après l'ingestion du poison. (Vincent.)

Convulsions atroces précédées d'étourdissements et de nausées, enfin raideur tétanique qui fut suivie d'un coma profond et de la mort. (Keraudren.)

Violentes convulsions, suivies de mort, après une demi-heure.

Il tomba inanimé et convulsé et mourut en quelques heures. (Baumes.)

Elle tomba fortement convulsée, état qui persista jusqu'à la mort, une heure après. Les convulsions étaient précédées de vertiges, d'évacuations alvines et de vomissements. (Nicol.)

Vertiges, convulsions, gémissements et écoulement de liquide de la bouche, face pâle ; ils ne parlèrent point et moururent en cinq minutes. (Appleton.)

Insensibilité, convulsions, écume à la bouche et mort instantanée. (Brougham.)

Convulsions tétaniques, insensibilité avec perte de la parole ; la face, de livide qu'elle était, devint rouge pendant le repos, les pupilles étaient dilatées et insensibles ; respiration faible et laborieuse, interrompue par des soupirs continus et toux convulsive, pouls faible, irrégulier. (Popham.)

Il tomba à la renverse, dirigea de moins en moins bien ses mouvements et il eut bientôt des convulsions et de la stupeur ; vomissement en buvant de l'eau ; son état s'aggrava et il tomba dans les convulsions. (Houlston.)

État épileptique, pupilles largement dilatées, tout à fait insensibles. (Houlston).

Les convulsions étaient violentes et fréquentes ; elles semblaient commencer par un effort de vomissement, la tête était inclinée vers le côté droit et jetée en arrière. (Houlston.)

Un spasme général survint, les yeux étaient fortement poussés en avant, la langue entre les dents et mordue ; pouls insensible ; le cœur semblait souvent arrêté défini-

tivement. Mort paisible à 10 heures du soir. (Houlston.)

Convulsions, impossibilité d'avaler, perte de connaissance après quoi, 10 attaques se succèdent rapidement et de plus en plus précédées de vertiges et de vomissements violents ; elle mourut, deux heures après l'avoir pris. (Puttney.)

Au bout d'une demi-heure, convulsions précédées de forts vertiges, avec grand malaise, sans vomissement ; perte de connaissance, les convulsions devinrent de plus en plus intenses ; la sensibilité avait disparu, la bouche était largement ouverte, pouls à peine sensible ; extrémités froides ; mort bientôt après. (Graves.)

Chute à la renverse sans autre symptôme prémonitoire, en proie à des convulsions et des tremblements, et devint bientôt horrible, écume à la bouche. Mort au bout de 5 heures. (Ray.)

Spasmes violents et successifs, mort. (Graham.)

Ils tombèrent subitement convulsés. (Graham.)

L'opisthotonos était la forme dominante des convulsions. (Graham.)

Il tomba en arrière, écumant de la bouche et ayant la face noire. (Smith.)

Accès de violentes convulsions et perte de connaissance, après 1/4 d'heure jusqu'à 10 heures du matin, puis mort. (Foss.)

Convulsions, trismus, bouche pleine d'écume, parfois sanguinolente. (Foss.)

Les accès convulsifs se répètent avec grande rapidité, l'intervalle entre deux accès était à peine d'une demi-minute. (Foss.)

Violent opisthotonos succédant à une violente convulsion de la veille. (Foss.)

Les convulsions cessent, 3 heures à peu près avant la mort, et elle reste jusqu'au dernier moment dans un état comateux. (Foss.)

Spasmes suivis de mort. (Kimball.)

Toute excitabilité réflexe fut détruite, par exemple, l'irritation du pharynx, au moyen de la pompe stomacale ne produisit aucun vomissement. (Foss.)

Mis au lit, il se redresse à demi ; il y eut de violentes convulsions, qui, en 15 minutes, lui firent perdre connaissance ; sueur froide, profuse sur tout le corps, écume à la bouche, ventre gonflé, mâchoires serrées ; après la mort, évacuation d'une grande quantité de matières fécales. Les convulsions continuèrent, avec de légers intervalles, jusqu'au moment de la mort, 9 heures du matin, après 3 heures. (Ehret.)

Convulsions, trismus, délire, mort ; constriction à la gorge, respiration difficile, douleur vive à l'épigastre, violentes coliques, vomissements, diarrhée, ballonnement du ventre, sueur froide générale, afflux d'eau copieux à la bouche. (Friedreich.)

Affreuses convulsions et mort. (Loiseleur-Chomel.)

Spasmes, quelquefois d'horribles convulsions avec vertiges, défaillances, envies de vomir ou vomissements répétés. (Roques.)

Convulsions. (Hahnemann.)

L'homme qui, par méprise, a avalé ce poison, meurt dans des convulsions épileptiques. (Roques.)

Il tomba tout à coup à la renverse, s'étendant de tout son long et se débattant sur le sol ; figure très pâle, bouche écumante, mort au bout de peu de temps sans avoir proféré une seule parole. (Vaugham.)

Insensibilité et convulsions. (Nevius.)

Les spasmes étaient violents et successifs. (Graham.)

Prostration, ils tombèrent subitement en convulsion. (Id.)

Il ne pouvait aller plus loin, était obligé de s'asseoir et s'affaissait sans cesse. (Watson.)

Syncope. (Vacher.)

Défaillance, après 2 heures. (Vacher.)

Absence de toute douleur. (Vacher.)

Faiblesse, principalement aux jambes, sans changement notable du pouls. (Vacher.)

Perte de force. (Hahnemann.)

Débilité avec perte de l'appétit. (Graham.)

PEAU. — Rougeur et gonflement de la peau, douleurs lancinantes, éruption et urticaire, fièvre, par le suc appliqué à l'intérieur, par le suc mis en contact avec la peau. (Real Lexicon.)

La peau se couvre quelquefois de taches rosacées, de figures irrégulières et qui s'élargissent successivement. (Richard.)

CIRCULATION. — Faiblesse du pouls. (Grégoires.)

Le pouls était d'abord à 100, mais bientôt il devint imperceptible.

Pouls presque imperceptible. (Boyles.)

SOMMEIL. — Assoupissement de 15 heures ; d'où on ne l'avait tiré qu'à force de remèdes. (Vacher.)

Sommeil profond, ronflement bruyant, gémissement ; après 4 heures. (Popham.)

Parfois un état comateux. (Loiseleur.)

Alternatives de sommeil, toujours précédées de l'accélération du pouls, chez deux. (Pickel.)

Insomnie, chaleur et altération, 5e jour. (Vacher.)

FIÈVRE. — *Calorification*, froid universel répandu sur tout le corps.

Froid et pâleur de la mort, avec pouls à peine sensible. (Reid.)

Peau froide et humide surtout à la main et au front, avec perte du sentiment, après 1 h.45. (Froysell.)

La peau est froide, surtout les pieds et les mains, qui étaient bleus longtemps avant la mort. (Foss.)

Froid, chaleur à la gorge et à l'estomac, délire, convulsions, coma, ecchymoses rouges, sur la face et sur la poitrine, puis mort. (Thomson.)

Accès de fièvre, qui dure plus de six heures. (Vacher.)

SUEUR. — Sueur profuse fétide sur tout le corps. (Friedreich.)

Sueurs abondantes, après lesquelles il vit apparaître des taches rosées qui ne s'étaient jamais montrées auparavant. (Simon Paulus.)

Dr DEMOOR (d'Alost)

LESIONS PRODUITES PAR LES VENINS DE SERPENTS.

Nous trouvons dans la *Revue des sciences médicales* (1) divers renseignements sur les lésions produites par les venins de serpents et nous les reproduisons, heureux de trouver dans les travaux modernes ce complément de nos pathogénésies.

M. Nowak a étudie les altérations histologiques produites par les venins de serpents, qui offrent de grandes analogies avec les toxines microbiennes mais qui agissent plus vite. Chez les animaux tués par envenimation, le foie est friable, jaunâtre et toujours congestionné; les reins sont congestionnés, succulents, ecchymotiques. Au microscope, la lésion hépatique dominante est la dégénérescence graisseuse parfois considérable, surtout chez le chien. La stéatose envahit les cellules hépatiques et les cellules épithéliales des canalicules biliaires. Le protoplasma des cellules hépatiques est trouble, granuleux, mal coloré en son centre ou vacuolaire; la chromatine nucléaire diminue ou disparaît. Même dégénérescence graisseuse des épithéliums rénaux, principalement dans les tubuli contortis, avec glomérulite desquamative. Ces diverses lésions rappellent celles que détermine l'agent pathogène de la fièvre jaune (*Ann. de l'Inst. Pasteur*. Juin 1898).

Nous rappellerons à propos de ces lésions produites par les venins de serpents que *crotalus* et *lachesis* ont été donné

(1) 15 octobre 1898.

par les homœopathes dans le traitement de la fièvre jaune, dans laquelle ils sont parfaitement indiqués par la loi de similitude.

Dans un certain nombre d'affections du foie, dans la lithiase biliaire par exemple, avec congestion hépatique consécutive, nous nous sommes bien trouvés de *vipera*.

Les venins nous réussissent aussi quelquefois à la période asystolique des affections du cœur, et les lésions histologiques du rein relevées par M. Nowak sont pour nous encourager dans ce sens.

MM. Charrin, Phisalix et Claude ont observé chez un lapin intoxiqué expérimentalement par le sérum de vipère une paraplégie spasmodique, une parésie des pattes antérieures, des troubles sensitifs, vaso-moteurs et trophiques; ils ont trouvé les lésions suivantes : les nerfs était le siège d'une névrite parenchymateuse très marquée au niveau des membres antérieurs; ces lésions étaient beaucoup plus rares et moins accentuées sur les nerfs des pattes postérieures. Dans la moelle, les altérations atteignaient leur plus haut degré au niveau des parties lombaire et sacrée. Elles étaient relativement moins intenses dans les parties dorsale et cervicale. La protubérance et le bulbe étaient également lésés.

On observait, d'une façon générale, une congestion intense de l'axe cérébro-spinal et la substance grise, qui seule était malade, présentant des modifications variées des cellules nerveuses et une prolifération très marqués des éléments interstitiels, (Soc. de Biologie, mars 1898).

Ces diverses lésions doivent être relevées par nous autres homœopathes qui employons les venins dans un certain nombre d'affections médullaires.

Voici ce que nous lisons dans l'article du Dr Piedvache sur les venins de serpents (1).

On s'est loué du *Lachesis* dans la myélite avec paralysie et fourmillement douloureux des extrémités, roideur et contracture; dans les hémiplégies compliquées de roideur.

Elb, de Dresde, a eu recours à *Crotalus* dans les maladies de la moelle, alors qu'il n'existe que peu ou pas de sensibilité à la pression de la région vertébrale, avec les symptômes suivants : débilité générale, faiblesse marquée dans tous les membres, les inférieurs surtout, sans douleurs, mais avec une sensation très marquée d'engourdissement et de froid, dépression des facultés, difficulté de la parole, accès périodiques de dyspnée et spasmes des muscles thoraciques. Elb a la conviction d'avoir arrêté, avec ce médicament continué plusieurs mois, la marche d'une myélite pendant deux années.

Naja est indiqué par le Dr Russel dans certaines affections de la moelle, offrant soit un léger degré d'amyosthénie et d'anesthésie, soit l'état d'hypéresthésie connue sous le nom d'irritation spinale.

Dr MARC JOUSSET.

---

(1) *Traité élémentaire de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive*, t. II. p. 764 et suivantes.

ÉTIOLOGIE

CONTAGION DE LA TUBERCULOSE PAR LES POUSSIÈRES DE CRACHATS DESSÉCHÉS

Plus que jamais le désarroi est au camp des contagionnistes par la poussière des produits tuberculeux desséchés. Les travaux de Senti Cirena et Pernice, de Celli et Guarieni, de Cadeac et Mallet avaient démontré expérimentalement que la poussière tuberculeuse était impuissante à transmettre le bacille de Koch aux cobayes, toutes les fois qu'on laissait respirer librement ces animaux dans une atmosphère de poussières desséchées.

Flügge, dans un travail que nous analyserons prochainement, a encore insisté sur l'impossibilité de contaminer des animaux avec des poussières tuberculeuses desséchées et s'est efforcé de remplacer ce mode de transmission par un autre : la respiration des bacilles de Koch contenus dans le Spray produit par la parole et la toux des phtisiques. C'est à propos de ce travail que Cornet, venant à la rescousse des partisans de la transmission de la tuberculose par les poussières desséchées, a institué les expériences suivantes dont il vient d'exposer le résultat à la Société médicale de Berlin.

« Dans un local dépendant de l'Office impérial de santé, il fit recouvrir le plancher d'un tapis; sur ce tapis, il fit répandre des crachats provenant d'un tuberculeux avancé, mais non dans une poussée aiguë, crachats recueillis

entre 8 et 10 heures du matin ; on y ajouta de la poussière et on laissa le tout sécher pendant deux jours.

Puis on introduisit des cobayes dans la pièce. Les uns furent laissés à terre, les autres furent placés sur des planches à diverses hauteurs : 7,40 et 120 centimètres. Puis le tapis fut balayé à l'aide d'un balai rude, de manière à mettre les poussières en mouvement. Enfin *d'autres cobayes furent soumis à l'inhalation directe de l'air chargé des poussières*. En résumé, sur 48 cobayes, 46 furent infectés, ce qui rend manifeste le danger de la dissémination des crachats desséchés.

M. Cornet, pour se livrer à ces expériences, s'était recouvert d'une longue blouse descendant jusqu'aux pieds ; il s'était recouvert la tête d'un capuchon ; un masque d'ouate, muni de deux orifices fermés par des verres, lui couvrait le visage tout en lui permettant de voir. Les expériences faites, il recueillit son mucus nasal et l'inocula à des cobayes, dont l'un devint tuberculeux. Cela montre que, malgré toutes les précautions précédentes, les agents infectieux avaient pu pénétrer jusqu'à la muqueuse des fosses nasales. »

Comment Cornet est-il arrivé à des résultats absolument contradictoires avec ceux des expérimentateurs qui l'ont précédé. Un sceptique se contenterait de dire : *Experientia fallax* et passera outre ; mais nous sommes de l'école de Claude Bernard et nous ne croyons pas que deux expériences faites sur un sujet identique puissent être contradictoires quand elles sont bien faites. Le *sic et non* est inconnu de la méthode expérimentale.

Si nous voulions faire la critique complète de l'expérience de Cornet, nous nous procurerions le texte même de l'auteur et nous ne nous contenterions pas

d'une traduction dont plusieurs passages — et entre autre celui que nous avons souligné — nous semblent obscurs. Mais qu'est-il besoin de s'arrêter plus longtemps au travail de M. Cornet, puisque ce travail établit clairement que la poussière tuberculeuse est incapable de transmettre la maladie à l'homme. En effet, l'expérience contient 48 cobayes et 1 homme ; sur les 48 cobayes, 46 seraient devenus tuberculeux et l'homme aurait résisté à l'infection non à cause de la blouse, ni du capuchon, ni du masque, mais grâce aux agents de défense que l'organisme humain possède contre les causes morbides qui viennent du dehors.

Malgré toutes les précautions prises par M. Cornet, le bacille de Koch avait pu pénétrer jusque dans les fosses nasales, puisque ce mucus a pu transmettre la tuberculose, à des cobayes par inoculation.

Nous avons soutenu mainte et mainte fois que la poussière desséchée de matière tuberculeuse était incapable de transmettre la maladie à l'homme, parce que ces poussières s'arrêtaient dans les fosses nasales et dans la gorge et que là le bacille de Koch était détruit et par les microbes indigènes et surtout par les phagocytes si abondants dans ces régions.

Nous verrons dans un prochain article si réellement la respiration des phtisiques, quand ces malades parlent et toussent, peut répandre dans l'atmosphère des bacilles de Koch suspendus dans une sorte de pulvérisation, forme, nous le reconnaissons, qui rendrait ces bacilles beaucoup plus dangereux, car toutes les expériences de laboratoire ont démontré que, de tous les moyens de transmission de la tuberculose, le plus sûr dans ses effets étaient la pulvérisation de liquide contenant en suspension le bacille de Koch.

« Si la réalité du danger signalé par Flügge était démontrée sans conteste par d'autres expériences, tous les modes de désinfection et tous les crachoirs deviendraient dès lors bien inutiles pour préserver de la contagion l'entourage des phtisiques. » (*Revue de la tuberculose*, juillet 1898, page 168. L. H. Petit).

Le crachoir officiel et obligatoire, de poche et d'appartement, a pris naissance au moment où la transmission de la tuberculose par les crachats desséchés était un fait généralement accepté et qui n'avait pas encore été battu en brèche par les travaux de laboratoire que nous avons cités. Il est resté au programme jusqu'au Congrès de 1898, soutenu par la routine, le parti pris et le désagrément qu'ont toujours les grands hommes à se rétracter. Que va-t-il devenir aujourd'hui si Flügge parvient à démontrer qu'il suffit, pour arrêter la tuberculose, d'obliger les malades quand ils parlent, toussent ou éternuent, à mettre sinon leur mouchoir au moins leurs mains devant la bouche, suivant les préceptes de la civilité puérile et honnête.

D^r P. Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

DE LA FORME ABORTIVE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Dans les épidémies de fièvre typhoïde, on observe un certain nombre de cas bénins, dont l'évolution très rapide a permis de créer une forme abortive de la fièvre typhoïde.

Cependant, ces cas ont une évolution durant près de deux septenaires et l'on voit la fièvre disparaître le 13e, quelquefois le 12e ou le 11e jour ; mais enfin la maladie a évolué et présenté un certain nombre de symptômes caractéristiques. Le séro-diagnostic de Widal devrait permettre de contrôler les cas douteux.

Nous venons de lire dans la *Picardie médicale* l'observation suivante, publiée sous le nom de fièvre typhoïde abortive.

B... (Emile), 23 ans.

Dans sa première enfance et jusqu'à 12 ans, état de santé peu satisfaisant ; vers ce moment, l'état général paraît s'améliorer et il atteint ainsi l'âge de 17 ans sans contracter aucune maladie sérieuse. A partir de cette époque, il est pris de temps en temps de céphalalgie avec frissons et courbature ; cet état maladif léger dure de deux à trois jours environ, après quoi tout rentre dans l'ordre normal.

Depuis quelques mois, le malade, de son état laveur de vaisselle, travaillait dans une arrière-cuisine, c'est-à-dire dans un milieu malsain, mal éclairé et mal aéré, lorsque brusquement, le 5 juin, il se sentit fatigué et mal à la tête, il se couche aussitôt ; le lendemain, la céphalalgie a augmenté d'intensité, il a des frissons, des épistaxis, de la diarrhée ; il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu le 7 juin.

Le malade est dans un état de prostration assez marqué, il a de la céphalalgie, de la courbature générale, de la diarrhée et une anorexie complète.

La langue est saburrale, tremblante, à bords rouges ; les dents et les gencives sont couvertes d'un enduit muqueux. Il n'y a pas de gargouillement dans la fosse iliaque, le

ventre est souple et nullement ballonné, on ne trouve pas de taches rosées lenticulaires.

La température est à 39° le jour d'entrée; le 8 juin, elle tombe à 38° le matin, et à 37°8 le soir. On fait alors un examen de séro-diagnostic; l'agglutination est immédiate.

Le 9 juin, température du matin 37°5; celle du soir 37°8. La prostration diminue notablement ainsi que la courbature; les gencives et la langue se nettoient; le malade se trouve beaucoup mieux et n'a plus de ses symptômes précédents qu'un peu de céphalalgie.

On fait un second examen de séro-diagnostic le 9 juin; l'agglutination a lieu un peu moins rapidement que dans le premier examen.

Le 10, 11, 12 juin et les jours suivants, la température oscille aux environs de 37°, la céphalalgie disparaît complètement chez le malade et ce dernier, se trouvant complètement guéri, demande à quitter l'hôpital le 18 juin; avant son départ un dernier examen bactériologique est fait, l'agglutination a lieu après douze heures de séjour à l'étuve.

Telle est l'observation que M. Bax, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, a fait lire à son interne à la Société de médecine de cette ville.

Le diagnostic n'a soulevé aucune difficulté, et cependant pouvons nous admettre comme fièvre typhoïde une maladie dont le cycle fébrile a évolué en cinq jours; dont les symptômes rappellent aussi bien la fièvre synoque que la fièvre typhoïde; et dont la courbe thermométrique offre l'image de celle que nous observons dans la synoque.

On nous objectera le séro-diagnostic; or, dans les fièvres typhoïdes à évolution normale, la séro-réaction ne se

rencontre qu'après cinq ou six jours de maladie. Quand bien même le séro-diagnostic aurait été fait régulièrement, nous ne pourrions accepter qu'il suffise pour nous faire admettre la maladie dont nous venons de rappeler l'observation comme une vraie fièvre typhoïde.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. INFECTION PURULENTE TÉGUMENTAIRE. — II. TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA GÉLATINE EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES. — III. QUELQUES SIGNES DU DÉBUT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE.

I

L'infection purulente tégumentaire. encore nommée impétigo herpétiforme, est essentiellement caractérisée par une inflammation suppurative, multiforme, superficielle, en nappes à progression excentrique, qui envahissent sur de grandes surfaces les téguments et récidivent incessamment par poussées successives accompagnées d'une réaction fébrile.

L'affection n'a d'abord été observée que chez des femmes enceintes et quand elle n'a pas déterminé la mort auparavant, elle n'a disparu qu'après l'accouchement. Depuis on l'a trouvée en dehors de la grossesse et même

chez l'homme. Les observations en sont rares. M. HALLOPEAU publie la quatrième personnelle.

Sur une base commune érythémateuse apparaissent de petits soulèvements de l'épiderme de la grosseur d'une tête d'épingle et remplis par un exsudat épais, blanc ou jaunâtre. L'aréole inflammatoire, nommée par Dubreuilh *zone d'attaque*, s'étend tout autour pendant que la partie centrale se dessèche et forme des croûtes qui tombent plus ou moins rapidement. Plusieurs placards peuvent se réunir en s'étendant chacun de leur côté et recouvrir des surfaces assez grandes. Lorsque les placards guérissent ils restent pendant longtemps le siège d'une pigmentation plus ou moins sombre ; mais il n'y a pas de cicatrices.

La fièvre oscille le plus souvent entre 38 et 39°. Elle monte quelquefois à 41° avec frisson.

La maladie peut guérir, c'est ce qui arrive en particulier chez les femmes enceintes après l'accouchement, mais le plus souvent il se produit des symptômes d'infection généralisée et la mort arrive au bout d'un temps variable de quinze jours à vingt mois.

Cette affection se distingue de l'*herpes gestationis* parce qu'on n'y observe ni vésicules, ni bulles. Elle est différente de l'*impetigo vulgaire* parce que, au lieu de véritables pustules, elle présente des soulèvements purulents, phlycténoïdes et multiformes.

L'indication capitale est d'appliquer des antiseptiques capables d'éteindre la purulence des divers foyers de suppuration. Les mieux appropriés sont des solutions de biborate de soude boriquées ou salicylées, ou bien encore des solutions phéniquées faibles.

La gravité de la maladie est telle que dans les cas où elle est d'origine puerpérale on est autorisé à provoquer l'accouchement prématuré.

II

MM. Lancereaux et Pauleno font une communication sur le traitement des anévrysmes par la gélatine en injections sous-cutanées.

La guérison spontanée des anévrysmes est due à la formation de caillots dans la cavité du sac qui les constitue. Cette cavité se rétrécit et finit par se réduire en un simple canal, continuation de l'artère. Le but idéal de la thérapeutique doit donc être de favoriser la formation de ces caillots.

En 1896, Daitre et Floreno constatèrent que l'injection d'une solution de gélatine dans les veines d'un chien rend le sang plus coagulable. Ce fait suggéra à M. Lancereaux l'idée d'une nouvelle méthode thérapeutique.

Pour obtenir une augmentation suffisante de la coagulation du sang humain, il est nécessaire d'employer une moyenne de 250 centimètres cubes d'une solution contenant 2 grammes de gélatine pour 100 d'eau salée physiologique.

L'injection veineuse n'est pas nécessaire. Une injection sous-cutanée facile et inoffensive a la même efficacité.

M. Lancereaux présente deux séries de malades.

Première série. Chez 3 malades il y avait une véritable poche anévrysmale, et dans ces 3 cas les injections de sérum gélatiné ont été couronnées de succès. Le nombre des injections a varié de 12 à 15 ; elles étaient faites environ toutes les semaines, et la durée du traitement a été de quelques mois. L'amélioration est apparue dès les premières injections.

Dans la *deuxième série* d'observations se trouve l'histoire de 2 malades atteints d'athérome de l'aorte et d'ané-

vrysme fusiforme. Dans ces 2 cas suivis d'autopsie, les injections de gélatine n'ont donné aucun résultat.

De ces observations, M. Lancereaux tire les conclusions suivantes : « La gélatine introduite dans le tissu cellulaire sous cutané pénètre dans le sang et rend ce liquide plus coagulable que normalement. Comme au niveau d'une poche anévrysmale, ce sang rencontre déjà deux conditions favorables à la coagulation à savoir : le ralentissement de son cours et une paroi vasculaire souvent inégale, il se produit une formation plus ou moins abondante de caillots qui finissent par obstruer le sac. Puis ces caillots se rétractent, la poche qui les contient diminue de volume, et les phénomènes de compression, auxquels elle donnait naissance, diminuent et disparaissent. Toutefois, s'il vient à se produire un décollement du caillot, le sang pénètre entre celui-ci et les parois de la poche, et la tumeur se reproduit. Dans ces conditions heureusement la coagulation est des plus faciles. »

La gélatine en conséquence constitue un excellent agent thérapeutique qui, s'il ne guérit pas les anévrysmes vrais, favorise tout au moins le processus naturel de leur guérison.

M. Huchard relate l'observation de 2 malades auxquels les injections de sérum gélatiné furent funestes. La première observation de M. Boinet, de Marseille, concerne un malade atteint d'anévrysme aortique, chez lequel les caillots accumulés dans le sac anévrysmal comprimèrent l'artère pulmonaire et amenèrent la tuberculose des deux sommets. Le deuxième malade de M. Barth mourut d'obstruction subite de la carotide par d'épais caillots sanguins.

Ces accidents ne doivent pas faire renoncer à l'emploi

du sérum gélatiné qui, à l'instar des bonnes et puissantes médications, peut et doit avoir son revers de médaille. Mais il faut en régler l'emploi, ne pas employer de solutions trop fortes, ne pas dépasser les solutions à 1 p. 100, pratiquer les injections à des intervalles assez éloignés, huit à dix jours par exemple, et durant la médication soumettre les malades à un repos absolu. Toutes ces précautions prises, nous pourrons posséder une médication d'autant plus rationnelle et précieuse qu'elle paraît aider la nature dans ses méthodes curatives.

III

M. Fernet signale quelques signes du début de la tuberculose pulmonaire chronique.

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, qui a une si grande importance pour la guérison du malade et la préservation de son entourage, est bien souvent très difficile à affirmer.

Les symptômes généraux par lesquels s'annonce la maladie sont absolument insuffisants. L'amaigrissement progressif, l'existence d'une fébricule rémittente à exacerbations vespérales, avec sueurs nocturnes, l'accélération du pouls, une dyspepsie persistante, ou une anémie prenant le masque de la chlorose, tous ces symptômes, bien qu'ayant de la valeur pour dépister la tuberculose, ne servent à rien pour le diagnostic du siège de la maladie. L'essouflement, l'enrouement, la toux sèche, quinteuse, souvent nauséante, l'hémoptysie, ont une importance plus grande, mais sont également incapables à eux seuls d'entraîner la conviction.

L'examen bactériologique des crachats ne décèle que

tardivement la présence des bacilles de Koch. La radioscopie n'a pas encore fait ses preuves comme moyen de diagnostic précoce. Quant à la tuberculine et au sérum artificiel, ce sont des moyens qui ne sont pas sans danger.

Les signes de beaucoup les plus importants sont les signes physiques.

La percussion donne la diminution de l'élasticité et l'élévation de la tonalité du son. Ces premières nuances anormales peuvent être trouvées près de la partie externe du sommet du poumon, c'est-à dire en avant, au niveau du sillon pectoro-deltoïdien, en arrière dans le tiers externe de la fosse sus-épineuse et dans l'angle externe de la fosse sous-épineuse.

La main perçoit l'exagération des vibrations thoraciques.

L'auscultation permet d'apprécier les modifications de l'inspiration et de l'expiration, tout à la fois dans leur tonalité, leur intensité, leur timbre et leur rythme. Ces anomalies ne sont souvent que des nuances. Lorsqu'elles persistent, si elles sont accompagnées de symptômes généraux, elles suffisent néanmoins pour imposer la nécessité d'un traitement sérieux et prolongé.

Aux signes fournis par l'auscultation et par la percussion, il faut adjoindre ceux que donne l'auscultation plessimétrique, qui très habituellement confirme les premiers et quelquefois supplée à leur insuffisance.

L'adénopathie trachéo-bronchique est un accompagnement habituel de la tuberculose commençante. Elle ajoute ses symptômes propres à ceux de l'affection pulmonaire. Son existence est un indice important de la tuberculose.

Les premiers signes physiques se montrent au sommet du poumon. Mais de très bonne heure on constate des signes d'engorgement à la base du même côté.

Tuberculose du sommet, adénopathie trachéo-bronchique, engorgement de la base, forment une triade pathologique dont la valeur diagnostique est considérable au début de la tuberculose.

Dr Humeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. MÉNINGITE CURABLE ET POLIOMYÉLITE. — II. SUR LE RÉFLEXE DU TENDON D'ACHILLE DANS DANS LE TABÈS. — III. SUR UN CAS DE DÉLIRE SALICYLIQUE AYANT PRÉSENTÉ QUELQUES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC.

I

(*Séance du 14 octobre*). — M. Dalché a observé dans la même famille (la mère et la fille) un cas de méningite curable et un cas de poliomyélite ; étant donné la coïncidence de ces deux affections, il croit qu'elles ont été amenées par le même microbe, que la seconde a été prise par contagion.

Voici d'abord l'histoire des deux malades.

Une femme de 45 ans, d'une bonne santé habituelle, accusa brusquement une céphalalgie plus marquée du côté droit de la tête, en même temps que s'installaient des phénomènes de malaise, de courbature avec un peu d'embarras gastrique ; au bout de deux ou trois jours survinrent des troubles oculaires caractérisés surtout par l'existence de grandes plaques noires dans le champ visuel. Six jours après le début des accidents, la malade tomba frappée d'un ictus ; je constatai une hémiplégie gauche totale, sans perte de connaissance, et une fièvre légère.

Le signe de Kernig était des plus nets. Sans entrer ici dans tous les détails des symptômes, je posai le diagnostic de méningite, confirmé par M. Netter qui voulut bien voir la malade avec moi. Cet état demeura stationnaire, pendant une semaine environ, puis les phénomènes aigus s'amendèrent, la paralysie persista, si bien qu'aujourd'hui cette femme nous présente une hémiplégie ordinaire avec contracture plus marquée au bras.

Deux mois après le début de cette méningite, une jeune fille de 19 ans, qui n'avait pas quitté la malade et l'avait soignée jour et nuit, se plaignit de mal à la gorge avec douleurs vagues et perte de l'appétit. On songeait à une grippe légère, lorsqu'en l'espace de quarante-huit heures elle fut atteinte d'une paraplégie complète. La paralysie des deux membres inférieurs était absolue, les réflexes rotuliens complètement abolis, la sensibilité tout à fait respectée; il n'y avait pas de douleur. Le diagnostic de myélite, posé par plusieurs médecins, se confirme aujourd'hui; l'amélioration n'a fait aucun progrès et l'état reste toujours le même.

Du reste, on a signalé la coexistence de cas de méningites dans les épidémies de myélites infantiles.

Cette année, où il existe à Paris une épidémie de méningites cérébro-spinales, M. Dalché a observé dans les hopitaux un grand nombre de myélites infectieuses.

A l'appui de cette opinion, M. Netter rapporte une très intéressante observation de Schultze, de Bonn.

Un enfant de 5 ans fut pris, le 17 septembre 1897, d'un sentiment de fatigue et de malaise.

Le 19, les deux bras sont paralysés et la tête tombe en arrière.

Le 22, l'enfant entre à la clinique. Il n'a pas de fièvre. Le lendemain matin, la température rectale est de 38°1, le soir de 37°8. Les jours suivants, elle ne s'élève jamais au-dessus de 37°4.

L'enfant est somnolent, mais répond aux questions.

Il n'y a pas de trace de raideur de la nuque ni du dos, pas de céphalalgie ni de rachialgie. Seule, la pression énergique, le long des apophyses épineuses cervicales, est douloureuse. La paralysie frappe les deux membres supérieurs, respecte les muscles des yeux, de la face et des membres inférieurs. Elle est suivie d'atrophie musculaire dont Schultze nous indique l'état à la date du 29 août 1898.

Il s'agit évidemment, dans ce cas, d'une paralysie infantile, d'une poliomyélite aiguë.

Mais voici le point particulièrement intéressant. Le 30 septembre, c'est-à-dire le quatorzième jour de la maladie, Schultze pratique la ponction lombaire et retire 30 centimètres cubes d'un liquide, où il constate l'existence de diplocoques formant des chaînettes courtes et des tétrades ayant les caractères du méningocoque. Ces microbes n'ont pas été cultivés.

Chez le petit malade, la cavité de l'arachnoïde renfermait donc les agents pathogènes de la méningite cérébro-spinale. Ces agents pathogènes avaient porté surtout leur action sur les cornes antérieures de la moelle cervicale, et les signes de la méningite, et sans doute aussi les lésions, étaient réduits au minimum.

Il y a donc la coïncidence chez le même sujet d'une méningite cérébro-spinale très légère, ayant présenté des symptômes à peine perceptibles, et d'une poliomyélite infectieuse.

M. Rendu fait remarquer la grande différence qui existe

entre les symptômes que nous observons maintenant dans les cas de méningites, et la « maladie à grand fracas, à allures typhoïdes, accompagnée d'hyperthermie, de rachialgie et de raideur de la nuque », dont nous avons lu la description dans les auteurs.

II

(*Séance du* 21 *octobre*). — M. Babinski, qui a signalé à la Société l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique, a étudié le même signe chez les tabétiques, et l'a observé fréquemment.

On peut, d'après lui, diviser les tabétiques en deux catégories.

Dans la première, la plus nombreuse, se rangent les tabétiques, chez lesquels les réflexes rotulien et du tendon d'Achille sont abolis des deux côtés.

Dans la seconde, les réflexes sont plus ou moins atteints ; quelquefois, les deux réflexes sont abolis d'un côté et conservés de l'autre ; dans quelques cas, le trouble est croisé.

Une troisième catégorie comprend les malades dont le réflexe rotulien est aboli ou troublé, et le réflexe du tendon d'Achille normal.

Enfin, dans une quatrième catégorie, les réflexes rotuliens sont normaux, et le réflexe du tendon d'Achille aboli.

Pour rechercher le réflexe du tendon d'Achille, il faut faire mettre le sujet à genoux sur un siège ; c'est dans cette position qu'on se trouve dans les meilleures conditions.

III

(*Séance du 28 octobre*). — M. Rendu rapporte une observation intéressante de *délire causé par l'acide salicylique.*

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'année, qui entre le 17 octobre dernier à l'hôpital Necker pour un rhumatisme généralisé.

A l'âge de 22 et de 24 ans, cette malade avait déjà eu des crises de rhumatisme articulaire avec fièvre.

Cette fois, les douleurs ont débuté il y a six semaines d'une façon subaiguë ; depuis une semaine seulement, il y a de la fièvre et les douleurs sont devenues très vives.

A son entrée à l'hôpital, la plupart des jointures sont douloureuses, la fièvre est intense (40° et pouls à 120) ; on donne 6 grammes de salicylate de soude par jour, 1 gramme toutes les deux heures ; les urines sont foncées, riches en sels et en urates sans albumine.

Le lendemain matin, 18 octobre, la fièvre est tombée à 36°7 les douleurs sont presque nulles.

A la visite du soir, vers cinq heures, mon interne, M. Rist, trouve la malade absolument apyrétique (36°8), les jointures complètement libres et la tête tout à fait dégagée. Elle ne se plaint de rien et se croit guérie.

A huit heures du soir survient une sorte de frisson avec sensation de froid, puis, sans transition, la malade est prise d'un délire violent accompagné d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il lui semble que son mari est au pied de son lit, puis que d'autres personnes l'appellent et la menacent. Elle se lève du lit, s'échappe à travers la salle en vociférant, l'œil animé, la figure vultueuse. Elle passe toute la nuit à crier, s'agitant et prononçant des paroles

incohérentes, voyant des objets terrifiants et croyant qu'on va la tuer. On est obligé de la mettre dans la camisole de force, où elle se débat avec une violence extrême pendant plusieurs heures.

L'interne de garde, appelé au milieu de la nuit, diagnostique une complication de rhumatisme cérébral et la fait mettre dans un bain à 32 degrès.

Le lendemain matin, je la trouve dans la camisole, agitée et incohérente. Elle ne me reconnaît pas et ne répond à aucune de mes questions ; elle ne sait pas où elle est, et, quoique plus calme que pendant la nuit, continue à causer avec volubilité et sans suite, comme les sujets atteints de manie aiguë. La fièvre s'est un peu rallumée ; elle atteint 38°2 et le pouls est à 110. Les jointures sont complètement désenflées et absolument indolentes, la langue est sèche et fendillée, les pupilles inégales, la droite plus petite que la gauche. La malade ne semble pas se plaindre de la tête et elle est beaucoup plus excitée que prostrée. Malgré l'insomnie de la nuit précédente, elle ne s'est pas assoupie un seul instant dans la matinée.

Les sueurs se sont complètement supprimées et les urines sont fort rares ; la malade a uriné sous elle pendant la nuit sans s'en apercevoir. On en retire de la vessie au moyen de la sonde. Elles sont très foncées, de couleur bouillon sale ; l'acide nitrique y décèle une grande quantitité d'albumine, près de 2 grammes, et une proportion énorme d'indican.

En présence de ces accidents, le diagnostic ne laissait pas d'être hésitant.

La brusque disparition du gonflement et des douleurs articulaires, le début rapide et violent du délire faisaient tout d'abord songer à du rhumatisme cérébral : ç'avait été

l'impression de l'interne de garde qui avait fait donner un bain à 32 degrès (lequel, par parenthèse, avait été bien supporté et avait procuré un peu de calme momentané.)

D'autre part, la chute de la température à 36°8, au moment où éclataient les phénomènes cérébraux, et l'ascension relativement lente du thermomètre pendant la nuit (38 degrès à huit heures du matin) ne ressemblaient guère à l'hyperthermie de vrais rhumatismes cérébraux.

L'état des pupilles, inégales et plutôt contractées, ne ressemblait pas non plus à la mydriase qui est, sinon la règle, au moins le symptôme ordinaire de l'encéphalopathie rhumatismale.

D'autre part, il était permis de songer à des accidents cérébraux d'origine urémique en voyant la rareté des urines, la quantité d'albumine et d'indican qu'elles renfermaient. Il semblait y avoir une corrélation étroite entre l'état des reins et les désordres cérébraux, puisque, la veille, les urines avaient été examinées et qu'elles ne contenaient aucune trace d'albumine.

Les symptômes pupillaires, le peu d'élévation de la température, la sécheresse de la langue militaient en faveur de cette interprétation.

On pouvait enfin supposer que nous étions en face d'accidents dus à la médication salicylique, le salicylate de soude donnant parfois lieu à du délire et à de la manie aiguë. Cette hypothèse ne me paraissait pas pourtant la plus plausible. D'abord il n'y avait pas plus de quarante-huit heures que la malade prenait le médicament. et elle en avait pas absorbé tout à fait 12 grammes, quantité relativement très faible. En second lieu, à aucun moment de la journée, la malade ne s'était plainte de symptômes d'intolérance du médicament, tels que troubles d'estomac,

nausées, bourdonnements d'oreilles, surdité. Les accidents avait éclaté subitement, après un frisson d'un quart d'heure, et avaient atteint d'emblée leur apogée. Rien ne prouvait, *a priori*, que le salicylate de soude dût être rendu responsable du délire et de la suppression des urines.

Je restai dans le doute et n'osai pas, ce jour-là, me prononcer. Le traitement fut ainsi institué :

Suppression du salicylate de soude, qui est remplacé par une potion avec 4 grammes de bromure de potassium.

Administration d'un grand bain d'une demi-heure de durée, à 32 degrés, toutes les quatre heures.

Régime lacté.

Conditionnellement, injection de 100 grammes de sérum artificiel (formule d'Hayem) si les urines restent encore aussi rares.

La journée se passe un peu moins mal que la nuit. L'agitation et le délire persistent, mais avec des périodes de calme. Le soir, la malade urine un peu plus abondamment. La température est retombée à 37,8.

Toute la nuit du 19 au 20 octobre est encore fort agitée, et la camisole doit être maintenue. Le délire persiste, conservant son caractère hallucinatoire. La malade se croit toujours entourée d'individus qui veulent la tourmenter : elle pousse à chaque instant des cris et empêche encore les autres malades de dormir.

Le 22 octobre au matin, je la trouve sensiblement plus calme ; elle se rend compte qu'elle est à l'hôpital et on parvient à fixer quelques instants son attention. Mais elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé ; sa langue est toujours sèche, les pupilles sont redevenues égales, encore un peu contractées. Les urines sont moins foncées, moins

troubles. Elles contiennent encore une forte quantité d'albumine, près de 2 grammes, mais moins d'indican.

Traitement. — Deux bains, continuation de la potion bromurée et du régime lacté. Lavement purgatif.

Dans la soirée, la malade se calme et on n'a plus besoin de la maintenir dans la camisole. La nuit est bonne et le sommeil tranquille, non troublé par des hallucinations.

Le 21 au matin, la malade est sans fièvre, elle répond bien aux questions, se plaint d'une courbature générale, mais ne se rappelle pas qu'elle a eu le délire et qu'il a fallu la camisoler. Elle accuse de nouveau des douleurs aux jointures : il semble que les manifestations articulaires du rhumatisme tendent à reparaître. Pourtant les genoux, les cous-de-pied, les coudes ne sont pas gonflés : ils sont, par contre, sensibles à la pression.

La langue n'est plus sèche, elle s'est complètement dépouillée, comme dans la scarlatine. Il en est de même du voile du palais et de la gorge, ce qui cause à la malade une certaine douleur en avalant.

Les urines sont encore peu abondantes et très albumineuses (1 gramme environ). L'indican a presque disparu.

Traitement. — Je diminue le bromure (2 grammes seulement) et je supprime les bains. Je prescris 40 grammes de lactose en deux paquets à prendre dans les vingt-quatre heures.

Le 22 octobre, tout rentre dans l'ordre : la malade se sent encore courbaturée et les douleurs articulaires n'ont pas cédé. Les urines sont redevenues claires et abandondantes; l'albuminurie a beaucoup diminué (0,40).

Le lendemain, il n'y a plus que des traces d'albumine,

et le 24, elle a complètement disparu: Mais les douleurs articulaires persistent.

Traitement. — Suppression du bromure et de la lactose. On prescrit 2 grammes d'antipyrine et un bain sulfureux.

Dés le 25 octobre, les douleurs des jointures se sont beaucoup atténuées, et la malade se sent bien.

Aujourd'hui, elle peut être considérée comme guérie, elle se lève, ne souffre plus de ses articulations et n'a plus que le souvenir de son rhumatisme. Pendant toute la durée des accidents, le cœur est resté constamment indemne.

Le salicylate de soude paraît bien être la cause des accidents qui ont été observés dans ce cas; il est à remarquer que la dose, quoique assez forte, n'était pas très considérable, étant donné le peu de temps d'administration du médicament. Du reste, M. Rendu a vu autrefois, chez une dame très nerveuse, un simple cachet de 0 gr.25 de salicylate de soude produire des phénomèmes délirants passagers. Ce qu'il y a à remarquer ici surtout, c'est la soudaineté des accidents qui n'ont pas été précédés des malaises ordinaires (céphalée, bourdonnements d'oreilles et vertiges) : c'est, d'autre part, les accidents urinaires, (oligurie, albuminurie et production d'une énorme quantité d'indican).

D[r] Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

FLUORI ACIDUM DANS LES PANARIS

D'après Mac Lachlan, les cas de panaris dans lesquels il faut donner Fluori acidum (seul remède qui, jusqu'à présent ait produit le panaris dans les expérimentations) ont du soulagement par les lavages et les bains froids et de l'aggravation par la chaleur.

Ce médicament affecte plutôt les doigts de la main gauche que ceux de la main droite, et le pus a plutôt tendance à se faire une ouverture sur la face dorsale du doigt. Fluori acidum et Silicea sont utiles tous les deux dans les panaris, mais Silicea a de l'aggravation par les applications froides et de l'amélioration par les applications chaudes. Le contraire a lieu pour Fluori acidum. (*Hahnemannian Advocate*).

TRAITEMENT DE LA CATARACTE SÉNILE

Le Dr Backer (de Washington) donne comme guide pour l'emploi des médicaments les symptômes suivants :

Baryta carb. — Cataracte qui s'accompagne d'affections glandulaires. Modifications de dégénérescence dans les parois artérielles.

Calcarea fluor. — Cataracte accompagnée de dépôts calcaires sur les os ou dans les articulations après du rhumatisme. Mauvaise nutrition évidente des dents. Varices (on peut l'employer intus et extra).

Causticum. — Sensation de sable dans les yeux. Voile

devant les yeux chez des rhumatisants. Tendance à la paralysie. Sensation de pression ou de pesanteur des paupières. Dyspepsie. Eclairs lumineux.

Calcarea phos. — Dyspepsie, rhumatisme chronique, l'œil droit surtout est atteint.

Conium. — Dans les traumatismes, pour prévenir la formation d'une cataracte traumatique.

Fluori acidum. — Cataracte des ivrognes avec constitution délabrée. Au début de cataractes quand la vision semble plus claire. Les ongles sont friables ou ont des fissures longitudinales.

Jaborandi. — Asthénopie avec cataracte; la vision à distance semble plus obscure que celle de près. La vision devient meilleure, puis pire. Après des suppressions de sécrétions.

Lycopodium. — Diathèse urique, amaigrissement, vue moins bonne dans la soirée, mais éclairs lumineux devant les yeux. Dyspepsie acide, constipation chronique.

Phosphorus. — Inflammation et atrophie des reins. Débilité générale, vue meilleure le matin. Tâches comme huileuses dans le cristallin. Halo vert, les lettres apparaissent rouges. Tâches noires qui flottent devant les yeux.

Pulsatilla. — Rhumatisme non inflammatoire, pire le soir, amélioré par le froid et aggravé par la chaleur. Catarrhe nasal et oculaire. Cataracte progressive. Circulation paresseuse, phlébite, suppression de tout écoulement sanguin. Transpiration des jambes.

Senega. — Symptômes de paralysie un peu de tous côtés. Opacités du corps vitré. Il facilite l'absorption des fragments du cristallin après l'opération. Il y a peu d'urine et elle se trouble par le refroidissement.

Sepia. — Foie paresseux, éruptions herpétiques, jaunisse, amaigrissement, les cheveux sont noirs. On ne peut supporter la lumière réfléchie. Halo vert. Faiblesse de la paupière supérieure. Aggravation le soir et le matin. Cataracte chez les femmes.

Silicea. — Cataracte avec irritation spinale, quelquefois avec albuminurie ou diabète. Les ongles sont jaunes et cassants. Cataracte sénile qui est le résultat de la suppression de la transpiration des pieds ou qui s'accompagne de quelque éruption. (*Hom. Eye, Ear et Throat Journal*).

DE L'USAGE EXTERNE DES MÉDICAMENTS HOMŒOPATHIQUES, (d'après Dewey)

Abrotanum. — Des compresses imbíbés de moitié eau, moitié teinture de ce médicament sont un excellent remède pour les parties brûlées.

Aconitum. — Employé dilué il réussit bien dans les névralgies caractéristiques d'aconit; pour les maux de dents, on introduit une petite boulette de coton imbibée du remède dans la dent cariée et on la maintient en place en la recouvrant d'une autre imbibée de gomme sandaraque.

Acidum lact. — L'acide lactique est un excellent préservatif de la carie dentaire et un bon dentifrice pour se laver la bouche.

Apis mellifica. — La teinture d'Apis, soit pure, soit diluée et très utile en frictions sur la peau après les piqûres d'insecte, et aussi au début de la calvitie pour prévenir la chute des cheveux.

Arnica. — L'emploi d'Arnica est bien connu pour les contusions, pour la sensibilité des pieds, les érosions chez les cavaliers, les bicyclistes, pour les cors enflammés etc.

Un gargarisme de quelques gouttes d'Arnica dans de l'eau fortifie la voix des chanteurs et des gens qui ont à parler. Les pulvérisations d'Arnica dans la gorge sont très utiles dans la laryngite et la pharyngite. Il agit toujours mieux dilué.

Arum. — Un gargarisme de quelques gouttes d'Arum dans un demi-verre d'eau fait une heure avant de chanter donne de la clarté à la voix ; on peut l'employer aussi en pulvérisation.

Bryonia. — Il a une action externe bien nette, on l'emploie en frictions dans les inflammations rhumatismales qui ont ses caractéristiques. Cinq parties de teinture pour cent d'alcool sont une bonne proportion.

Calendula. — C'est un antiseptique naturel presque aussi bon que le bichlorure de mercure et qui n'en a pas les dangers. Il faut mieux employer la solution aqueuse, ce qu'on appelle le suc de Calendula. On peut l'appliquer pur tandis qu'il est dangereux d'employer ainsi l'Arnica. C'est sans contredit la meilleure de toutes les applications pour les plaies saignantes et dilacérées, pour les plaies suppurantes et pour les brûlures où l'on obtient les meilleurs résultats si on l'emploie dilué avec de l'eau distillée. On peut en faire un cérat qui est utile quand on veut avoir un pansement gras.

Cantharis. — La teinture de cantharide est utile pour les brûlures au premier degré employée sous forme de cérat un pour cent dans de la vaseline ou de la lanoline. Il est aussi très utile sur les parties gelées. Dans les brûlures au second degré avec formation d'ampoules, les douleurs sont promptement soulagées par des lotions avec une partie de teinture pour cent d'eau.

Chamomilla. — L'huile de camomille à 5 p. 100 est très

employée en frictions sur le ventre des enfants qui ont des coliques pendant la dentition et aussi pour les douleurs qui précèdent ou accompagnent la rougeole; pour les excoriations des nouveau-nés, pour les douleurs rhumatismales la nuit et pour les coliques après l'accouchement.

Clematis. — Clematis est très utile pour la carie dentaire, une boulette de coton imprégnée de teinture et introduite dans la dent soulagera souvent les douleurs les plus violentes.

Conium. — La grande cigüe est utile dans les affections cancéreuses ; un cérat à dix pour cent, ou des compresses imbibées d'une partie de teinture et de dix d'eau amèneront souvent beaucoup de soulagement.

Condurango. — Condurango a une action marquée sur les affections cancéreuses et sur les ulcérations. Le meilleur mode d'emploi est un cérat à 5 p. 100 fait avec de la vaseline que l'on étend sur un morceau de gaze que l'on applique sur la plaie et on renouvelle le pansement deux ou trois fois par jour.

Cuprum. — La sixième dilution mélangée avec de l'huile dans la proportion d'une à cinq ou six parties et employée à l'extérieur aide l'emploi interne du médicament pour les crampes dans les mollets et pour les coliques.

Euphrasia. — On emploie Euphrasia dans les affections de la conjonctive et des paupières. On soigne les yeux matin et soir avec de l'eau tiède contenant 1 ou 2 p. 100 de teinture. Il est bon aussi en olfaction dans le coryza violent quand les yeux pleurent continuellement et piquent.

Gaiacum. — Quelques gouttes de teinture de Gaiac

dans de l'eau constituent un excellent gargarisme pour les affections de la gorge surtout pour l'amygdalite. Souvent il fera avorter le mal.

Gelsemium. — La teinture en olfaction s'est montrée utile dans le coryza et la fièvre des foins.

Geranium maculatum. — Quelques gouttes dans de l'eau aspirée par le nez arrêteront quelquefois les plus violents saignements de nez.

Graphites. — Le cérat de Graphites, une partie de la 1^re ou de la 2^e trituration décimale avec trente de lanoline, sera utile dans les eczémas, les ulcères indolores, et les ulcérations situées autour des orifices du corps.

Hamamelis. — Très utile pour les varices et les hémorrhoïdes. On peut l'employer en extrait, ou bien sous forme de teinture ou de cérat. L'extrait est bon soit pur, soit dilué avec moitié eau, dans les brûlures, les contusions, les entorses, les piqûres d'insectes et les varices. Le cérat est utile en application locale pour les hémorrhoïdes saignantes, les crevasses du mamelon et les ulcérations. La teinture mélangée d'eau 1 p. 10, peut être employée pour arrêter les saignements de nez et les hémorrhagies. Des tampons imbibés d'Hamamelis arrêteront promptement des hémorrhagies utérines ainsi que celles causées par des varices.

Hydrastis. — Ce remède a une action marquée sur les squirrhes et les affections cancéreuses. Un cérat à 10 p. 100 donne d'excellents résultats dans le squirrhe du sein. Les triturations d'Hydrastis sont utiles en applications sur le lupus et en prises dans les affections du nez. On a employé Hydrastis à diverses dilutions comme injections dans les maladies chroniques des organes génitaux des femmes et dans la blennorrhagie.

Hypericum. — Hypéricum correspond surtout aux lésions des nerfs. Il est bon de l'appliquer sur les doigts écrasés à la dose d'une partie de teinture pour dix d'eau. Il correspond aux lésions des filaments nerveux qui se terminent dans les doigts.

Kali bichromicum. — Utile comme poudre à priser dans les affections naso-pharyngiennes.

Ledum. — Utile dans certaines formes de goutte lorsqu'on l'emploie à l'extérieur une partie pour cinq. Il est surtout utile dans les douleurs du genou. On l'a employé avec succès dans les plaies par instruments pointus, pour les piqûres d'abeilles et de moustiques.

Phosphori acidum. — On fait des frictions sur le cuir chevelu avec la troisième dilution de Phosphori acidum pour préserver la chute des cheveux.

Phytolacca. — Les gargarismes composés de X à XX gouttes de teinture avec 4 onces d'eau guérissent beaucoup d'inflammations de la gorge et des amygdales lorsqu'il y a gêne de la déglutition. Phytolacca s'est aussi montré utile dans les affections cancéreuses.

Rhus tox. — La solution de Rhus 1 p. 1 est utile dans les entorses, le lombago et le torticolis; de même pour les brûlures qui ne veulent pas guérir. On emploiera des compresses d'une solution à 5 p. 100 contre les douleurs brûlantes consécutives à un coup de soleil.

Symphitum. — Des compresses imbibées d'une partie de teinture et de cinq d'eau, appliquées sur un membre fracturé apaiseront les douleurs et seront efficaces pour la guérison.

Thuya. — Les verrues, les condylomes, les cors, les excroissances polypoïdes du nez ou de la matrice, retirent de grands bénéfices d'applications de teinture de Thuya.

Urtica urens. — Les brulures au premier degré se trouvent bien de l'application d'Urtica urens moitié teinture moitié eau.

Verbascum thapsus. — On emploie avec succès la teinture contre les maux de dents et d'oreilles.

Plantago majus. — Plantago majus est plus utile pour les maux d'oreilles. Des compresses appliquées sur le sein enflammé amoindrissent beaucoup les douleurs. On emploiera une partie de teinture pour cinq parties d'eau. (*Medical Century.*)

TRAITEMENT DES COLIQUES CHEZ LES ENFANTS

D'après William Cole de Guerneville, les meilleurs médicaments pour combattre les coliques des enfants sont les suivants :

Chamomilla. — C'est le plus usité et celui qui occupe le meilleur rang dans la grande majorité des cas. On l'emploie en teinture ou à la 6^e décimale. La grande caractéristique est l'irritation ; le système nerveux est irrité hors de proportion avec la maladie, il y a de la diarrhée, les selles sont verdâtres et ont une odeur d'œufs pourris, la figure est chaude. Le plus souvent, cet état a été déterminé par quelque violente émotion de la nourrice.

Alumina. — Il a été recommandé mais le D^r Cole n'en a jamais obtenu de bons résultats.

Belladonna. — C'est un excellent remède, l'enfant pousse des cris soudainement, et il reste couché sur le dos se contentant de crier à intervalles réguliers, ce qui caractérise la douleur de Belladone « douleurs qui viennent brusquement et cessent de même ». L'abdomen est distendu par les gaz, les selles sont claires, verdâtres, visqueuses et fréquentes.

Colocynthis. — C'est un remède qui rend beaucoup de services. L'enfant se tord et se courbe dans toutes les directions possibles ; souvent, mais pas toujours, il est mieux lorsqu'on appuie son ventre contre les genoux ou en le portant sur une épaule. Les cris et les plaintes viennent par accès. Les selles sont bilieuses, écumeuses et fréquentes. Elles surviennent pendant les tétées ou toute de suite après.

Ipéca. — Il a des douleurs de pincements autour du nombril et bien que le baby ne puisse vous le dire, l'expression vraiment malade de son visage avec la pâleur, le cercle bleuâtre autour des yeux et en même temps les vomissements partent avec assez d'expression. Les selles sont quelquefois jaunâtre et plus souvent vertes et elles semblent fermentées.

China. — Il est souvent indiqué dans la flatulence, quand la crise revient à intervalles réguliers ou à un moment toujours le même, chaque jour. L'abdomen bien serré, les rots ne donnent qu'un soulagement temporaire, il y a aussi du soulagement en se courbant en deux. Les selles sont brunes, jaunes ou blanches, aqueuses, elles sont expulsées avec des gaz, elles contiennent des aliments non digérés et leur odeur est infecte.

Nux vomica. — C'est un magnifique remède, quand la nourrice a une nourriture trop excitante et que l'enfant est constipé. Il crie avec méchanceté et montre un peu d'humeur ; il a beaucoup de gaz et fait de fréquents efforts pour aller à la selle.

Pulsatilla. — Il convient si la maladie est le résultat d'un froid ou si la nourrice a pris des aliments froids. Les selles sont changeantes, l'enfant est capricieux et rien ne le satisfait.

Veratrum album. — Il s'est souvent montré très digne de confiance, les symptômes sont des coliques pires la nuit, des selles aqueuses abondantes, une grande souffrance quand elles sont expulsées et qui laisse une sueur froide au front avec les pieds froids et de la pâleur de la face. (*Pacific Coast Journal of Homœopathy*).

ÉPIPHEGUS DANS LE MAL DE TÊTE

Le Dr K. von der Suhe relate deux guérisons de maux de tête avec ce remède. Le premier cas se produisit il y a huit ans chez une jeune fille qui souffrait de maux de tête lorsqu'elle courrait les magasins ou qu'elle sortait le soir. La douleur partait de l'occiput et gagnait le front en passant par le vertex, elle était surtout forte dans la région occipitale. La malade était obligée de se coucher, elle était très nerveuse et ne pouvait avoir qu'un peu de sommeil agité. Epiphegus 30 la soulagea au bout de quelques doses et la guérit en peu de jours. Depuis, les souffrances n'ont pas reparu.

Le second cas était une maîtresse d'école qui avait depuis plusieurs mois une douleur frontale qui s'étendait jusque dans les yeux. Ce mal de tête se montrait les jours de classe et pendant les heures de leçon, ensuite, il disparaissait graduellement. Elle prit Epiphegus 30 quatre fois par jour pendant une semaine et jamais depuis elle ne ressentit sa douleur.

Le caractéristique du remède est un mal de tête produit par une tension de l'esprit. (*Ann. Hom.*)

Dr. G. Nimier.

REVUE DES JOURNAUX

GOÎTRE EXOPHTHALMIQUE ET MÉDICATION THYROÏDIENNE

M. Weiller, de Saint-Dié, relate une observation d'une malade atteinte de goître exophtalmique ayant résisté à tous les traitements, et entièrement guéri par l'administration de comprimés d'iodothyrine. Les conclusions de M. Weiller sont les suivantes :

« Voilà donc un goître exophtalmique pour ainsi dire guéri par le traitement thyroïdien seul. Le cas était très grave, et les médications habituelles avaient échoué complètement.

« L'avis presque unanime des auteurs contre-indiquant tout à fait les préparations de thyroïde dans le traitement du goître exophtalmique est certes un peu trop catégorique. S'il existe de nombreux cas où ce médicament a complètement échoué, s'il existe des cas où il a provoqué des accidents, il en est d'autres, rares jusqu'à présent il est vrai, où certains malades lui ont dû des améliorations et même des guérisons inespérées. Ce nombre de privilégiés, si petit qu'il soit, ne doit pas faire rejeter un médicament qui peut donner d'excellents résultats dans certains cas. Ce qui fait précisément le petit nombre de ces cas heureux, c'est le défaut d'application de ce médicament qui est réputé dangereux. Cependant, en surveillant de très près les malades, et en commençant par des doses faibles, je crois qu'on peut, sans crainte, prescrire la médication thyroïdienne dans le traitement du goître

exophtalmique lorsque les autres médications habituelles ont échoué, quite à en cesser l'administration à la moindre alerte. » (*La Médecine moderne*, 5 octobre.)

DU MERCURE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Le D[r] Barella analysant dans la *Gazette médicale belge* le dernier volume de Dühring, « Leçons sur la syphilis, » fait les observations suivantes :

John Hughes Bennett a reproduit le squelette d'un chien intoxiqué chimiquement par le mercure. Ce chien avait vécu dans la boutique d'un peintre décorateur qui faisait la laque du Japon, et se servait habituellement de vermillon.

Ce chien, qui ne sortait jamais, avait pris goût à lécher le vermillon des peintures et il finit par mourir empoisonné. Or, les altérations des os de ce chien, dont le squelette fut donné au musée d'Edimbourg, ressemblent étonnamment à des spécimens osseux considérés comme syphilitiques. (*La Médecine moderne*, 29 octobre).

Il y a quelques médecins qui veulent conclure que c'est une raison pour ne pas donner de mercure aux syphilitiques ; pour nous, au contraire, qui sommes partisans du traitement de la syphilis par le mercure, ce sera une indication de plus pour le prescrire ; ces lésions prouvent que le mercure agit dans les accidents tertiaires, dans les accidents osseux, suivant la loi homœopathique.

GUÉRISON DES ADÉNITES CERVICALES SANS CICATRICE

M. Calot (de Berck) a cherché différents liquides à injecter dans les ganglions lymphatiques engorgés pour

les guérir soit par résolution, soit par le ramollissement.

La solution de chlorure de zinc à 1 pour 50 est le liquide qui lui a le mieux réussi. L'injection, répétée trois ou quatre fois à deux jours d'intervalle, de 2 à 3 grammes de cette solution, a amené presque constamment un commencement de ramollissement; il continue ensuite et termine le traitement par des ponctions pour vider les abcès ainsi formé et par des injections de naphtol camphré. (*La Médecine moderne*, 29 octobre).

TRAITEMENT DES BRULURES PAR LE CHLORATE DE POTASSE

M. Larger (de Maisons-Laffite) emploie la solution saturée à froid en bains locaux ou même généraux, aussitôt après l'accident. Dans la pratique et en cas d'urgence, il suffit de jeter, sans aucune mesure, des cristaux de chlorate de potasse dans l'eau froide que l'on agite un peu, et dans laquelle, en raison de sa faible solubilité, le sel ne se diffuse qu'au degré voulu.

Le remède est efficace dans toutes les brûlures, même profondes, mais son action est particulièrement évidente dans les cas d'érythème dû aux brûlures superficielles si étendues soient-elles. Le soulagement est immédiat et la douleur ne tarde pas à se dissiper.

Tel est le traitement des brûlures au début, lorsque c'est l'élément douleur qui domine. Plus tard la conduite varie suivant que la brûlure est profonde, avec destruction des tissus, escharres, etc... ou suivant que la lésion n'est que superficielle. Dans le premier cas on se trouve dans les conditions ordinaires des plaies auxquelles on applique les pansements appropriés. Dans le second cas, au contraire, on continue jusqu'à guérison les compresses

de chlorate de potasse, mais en les recouvrant, après un jour ou deux, d'un makinstosch.

Le sel de Berthollet réalise, en effet, dans les pansements, l'avantage, peut-être unique, d'un antiseptique faible, qui non seulement n'est pas irritant, mais jouit au contraire de propriétés calmantes.

Ces propriétés antiseptiques, jadis admises dans les affections buccales principalement, ont été négligées depuis la mise en pratique des idées pasteuriennes. Elles sont réelles cependant : le chlorate de potasse est toxique à faibles doses pour les plantes, ainsi que l'a démontré M. Garola et à fortes doses lorsqu'il est administré à l'intérieur chez l'homme. Employé comme je l'indique, il n'est absorbé qu'en quantité minime et n'a pas donné lieu au moindre accident depuis vingt-huit ans que je l'ai mis en pratique avec un succès constant et à tous les âges. (*La Médecine moderne*, 29 octobre).

ACCIDENTS TOXIQUES DE LA FOUGÈRE MALE ET DE LA RACINE DE GRENADIER

Le Dr Sidler-Huguenin s'occupe d'abord des dangers qui comporte l'administration interne de l'extrait de fougère mâle.

L'auteur a pu relever dans les recueils de la littérature médico-chirurgicale 78 exemples d'intoxication grave ou moyennement grave, par l'extrait éthéré de fougères mâles, dont 12 terminés par la mort. Dans 33 cas sur 78, on a noté des symtômes en rapport avec une altération du nerf optique ; 18 malades ont présenté une amaurose double et 15 autres une amaurose simple, durable. En

outre, 4 autres malades ont conservé une diminution de l'acuité visuelle, des deux côtés; chez un cinquième, la faiblesse de la vue s'est limitée à un côté. Un autre malade a été frappé d'une cécité bilatérale passagère et trois autres d'une cécité passagère unilatérale.

Chez presque tous ces malades on trouve signalée de la mydriase, avec abolition de la réaction pupillaire, modification du fond de l'œil en rapport avec une atrophie du nerf optique.

Les autres symptômes de l'intoxication grave consistent en convulsions cloniques et toniques dans les membres, trismus, opisthotonos, tachycardie, sueurs profuses, gastro-entérite violente, paralysie de certains groupes musculaires ou de membres entiers, ralentissement de la respiration, qui devient plus superficielle, embarras de la parole, surdité temporaire, abaissement et élévation de la température corporelle, dyspnée, cyanose, état comateux.

Dans des cas moins graves, on a observé des nausées, des attaques syncopales, de la somnolence, des bourdonnements d'oreilles, de la céphalalgie, de l'abattement dans tous les membres, des tremblements du poignet, une coloration ictérique des téguments, de l'albuminurie et de la cylindrurie.

Il est à noter que dans la plupart des cas d'empoisonnement grave, la dose de 10 grammes d'extrait éthéré de fougères mâles, inscrite comme maxima dans les pharmacopées, n'a pas été dépassée.

L'auteur publie ensuite une observation d'empoisonnement par la racine de grenadier. Il s'agit d'un garçon boucher âgé de 20 ans, qui avait toujours été d'une santé parfaite jusqu'à l'époque (avril-juin 1896) où il fut appelé à faire une période d'instruction militaire. Au sortir de

cette période, il devint sujet à un grand abattement physique, à des malaises, à des maux de tète. Il s'était aperçu qu'il avait le ver solitaire.

Le 28 novembre suivant, sur les conseils de son médecin, il prit la médecine suivante :

Racine de grenadier.	125	grammes.
Vin blanc	400	—

Pour une macération. — A prendre en trois portions, en l'espace de trois quarts d'heure.

Après la seconde prise, une partie de la mixture est rejetée par vomissement. Néanmoins le malade avala le dernier tiers, qui fut du reste également rendu en partie. Il estime qu'il a gardé environ la moitié du tout.

Une heure plus tard, il expulsa son ver solitaire avec la tête. Bientôt il fut pris d'un mal de tête colossal, de nausées, de frissons et de fièvre (39°). Pendant douze heures, il resta plongé dans un état soporeux, dont il fut long à se remettre. Il dut garder le lit pendant dix autres jours. Au bout de ce temps, il lui semblait qu'il avait les paupières agglutinées ; sa mère se mit en droit de lui laver les yeux. Il acquit alors la preuve qu'il était frappé d'une cecité double.

Dans les quinze jours qui suivirent, l'état général et l'état des yeux s'améliorèrent notablement. Le malade alla consulter un oculiste, qui pratiqua l'examen ophtalmoscopique, et diagnostiqua une atrophie double du nerf optique, plus prononcée à droite qu'à gauche. Le malade niait formellement avoir jamais contracté la syphilis.

L'auteur conclut qu'à l'instar de l'empoisonnement par l'extrait éthéré de fougères mâles, l'empoisonnement par l'écorce de grenadier peut donner lieu à une atrophie du

nerf optique. C'est donc à tort qu'en a proposé de renoncer à l'emploi, comme tœnifuge, de l'extrait éthéré de fougères mâles, pour lui substituer l'emploi des préparations d'écorce de grenadier. Pour bien faire, il faut apporter la plus grande prudence dans l'administration de l'un et l'autre tœnifuge, donner le remède, non pas en une fois, mais en deux ou trois prises, suspendre la cure à l'apparition du moindre symptôme d'intoxication. Pour ce qui concerne en particulier l'emploi de la racine de grenadier, préférer les extraits froids, aqueux ou vineux, aux décoctions, et n'employer jamais plus de 40 à 60 grammes d'écorce pour une cure. (*Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, 17 octobre).

VARIÉTÉS

L'OEUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN

10e LISTE DE SOUSCRIPTION

(Souscriptions reçues au secrétariat du Comité.)

	Francs.
La Société homœopathique hollandaise, à la Haye, 50 florins.	104 »
M. le Dr Humeau, du Havre	25 »
Hahnemannien, au Havre.	50 »
M. et Mme V. Henrotin, au Havre	25 »
M. et Mme C. Letellier, au Havre.	25 »
M. et Mme O. Schmitz, au Havre	25 »
M. et Mme P. Schmitz, au Havre	25 »
M. et Mme F. Schneider, au Havre	25 »

(Souscriptions annoncées dans les journaux homœopathiques).

Rivista Omiopatica, de Rome (*juillet-août* 1898).

	Lires.	
Dott Tullio de Suzzara Verdi.	10	
Cav. Consigliere Simeone Krekich . . .	5	
Cav. Presidente Tommaso Verrusio. . .	6	27 »
Conte Arve. Filippo Tosi.	6	
		331 »
Listes précédentes.		10.323 35
Total.		10.654 35

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

L'ART MÉDICAL

DÉCEMBRE 1898

UN SIGNE DES TEMPS

Dans la réunion de la Commission chargée de l'organisation des Congrès médicaux de l'Exposition de 1900, lorsqu'il a été question de la demande faite par la Société française d'Homœopathie de tenir un congrès international, le Dr Gaucher proposa de ne pas autoriser cette demande, en faisant remarquer que l'homœopathie, n'étant qu'une branche de la thérapeutique, les médecins homœopathes n'avaient qu'à se faire inscrire dans la section de thérapeutique du Congrès de médecine général en préparation pour 1900.

Cette proposition n'a pas été acceptée par les représentants de l'homœopathie et je le regrette. Je le regrette, parce que je ne veux pas voir un piège sous cette proposition ; parce que si nous avions accepté nous aurions demandé qu'on nous garantisse la liberté de discussion, non seulement pour nous, homœopathes français, mais encore pour 150 ou 200 médecins étrangers venus à notre appel et que nous ne pouvions, ni ne devions asservir à une majorité intolérante.

Je le regrette parce que si cette réunion des allopathes et des homœopathes dans une étude commune et dans un effort d'ensemble à la recherche de la vérité thérapeutique n'avait point abouti à une fusion complète, au moins au-

rait-elle marqué un progrès considérable vers la conciliation.

Le professeur Bouchard aurait ajouté : « Il est regrettable que ces messieurs tiennent à se séparer de nous, car ils affirment avoir une doctrine ; nous, nous n'avons pas de doctrine en thérapeutique. Et la discussion n'aurait pu être que profitable à tous. »

Je dis que tout cela est un signe des temps.

C'est un signe des temps que cet appel à la conciliation par les fils de ceux qui nous ont fait une si rude guerre depuis le commencement du siècle.

C'est un signe des temps que cet aveu d'absence de doctrine en thérapeutique faite par un maître illustre.

Désirer une doctrine, c'est désirer un ensemble de principes qui éclairent et qui guident la thérapeutique. Cette doctrine existe, mais n'est point notre doctrine, elle est celle de la tradition.

Cette doctrine repose sur deux principes qui, à bien prendre, n'en forment qu'un : La cellule vivante fait sa maladie et la guérit : *natura medicatrix.*

Dans cette doctrine le médicament ne lutte pas contre la maladie, mais il agit sur le processus morbide. Il dirige et incline le mouvement de la nature vers la guérison et c'est pour cela que la seule loi d'indication dans la *thérapeutique curative* est le *similia similibus.*

La *thérapeutique palliative*, celle qui a pour but de combattre un symptôme, se réclame d'une autre loi et a besoin de l'action contraire du médicament.

Mais si les temps ont marché, si un rapprochement est devenu possible avec nos adversaires quelle en est la cause ?

Nous la trouvons cette cause dans l'action persévérante

d'un grand nombre d'homœopathes, contre l'esprit séparatiste qui a caractérisé trop longtemps la réforme de Hahnemann.

Nous ne sommes pas pour la petite église, mais pour l'Eglise largement ouverte à tous les médecins qui, comme Hahnemann, placent la méthode expérimentale au-dessus même de leurs idées préferées (1). Nous nous faisons honneur d'appartenir à la tradition médicale aussi loin que nos connaissances historiques peuvent nous faire remonter. Nous ne voulons ni schisme ni hérésie; nous voulons, au contraire, que, la main dans la main, tous les médecins travaillent à la conquête de la vérité thérapeutique.

Eh bien, cet appel de l'école officielle à l'école dissidente bien qu'il n'ait point abouti, démontre une détente dans les esprits : il est un signe des temps.

D[r] P. Jousset.

---

(1) Si l'expérience prouve que les médicaments faisant naître des symptômes semblables à ceux de la maladie sont les agents thérapeutiques qui guérissent cette dernière de la manière la plus sûre et la plus durable, c'est à ces médicaments qu'il faut recourir pour opérer la guérison. Si, au contraire, elle démontre que la guérison la plus certaine et la plus durable est celle qu'on obtient par des substances médicamenteuses déterminant des symptômes opposés à ceux de la maladie, les agents capables de produire ce résultat seront ceux dont on devra faire choix. (Hahnemann. *Organon*. p. 562).

ETIOLOGIE

DE LA SPONTANÉITÉ MORBIDE

Cette spontanéité démontrée dans l'épidémie de Cholera Infantilis de cet été.

Dura lex, sed lex.

La spontanéité morbide ! Les médecins qui ont eu à la fois l'intelligence et le courage de soutenir l'opinion traditionnelle des maladies de *causes internes,* ce qui est la même chose que les maladies spontanées, ont été abreuvés d'outrages et traités d'ignorants et d'arriérés par la jeunesse des laboratoires ; mais la vérité ne perd jamais ses droits, et un travail obstiné, pourvu qu'il soit honnête,finit toujours par la faire triompher.

La communication si intéressante du Dr Lesage, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, est un exemple de ces retours de la science dues aux travaux cliniques associés à ceux du laboratoire.

Jusqu'à ce jour, M. Lesage avait soutenu l'opinion que le choléra infantile était le produit d'une cause externe, l'*infection ectogène* par le *bacillum coli* ; et cette opinion il la consignait dans son traité des *maladies de l'enfance.* Aujourd'hui ce même médecin, instruit par l'épidémie de choléra infantile de cette année, arrive à conclure que cette maladie est de cause interne, c'est-à-dire produite par une *intoxication endogène.*

Qu'est-ce donc que cette épidémie de choléra infantile qui a régné cet été à Paris? Quels ont été ses caractères et quel enseignement en tirerons-nous?

Le fait dominant, fait à la fois attristant et déconcertant, c'est que cette épidémie si meurtrière a atteint, en nombre considérable, les enfants nourris au lait stérilisé et même au sein de leur mère. Le choléra infantile les a atteints et les a tués en quelques heures, dans une proportion énorme sans qu'il fut possible d'incriminer l'alimentation et de retrouver un microbe ou une toxine dans le lait qui avait servi à l'allaitement.

Ce fait a été, pour la généralité des médecins, une véritable déception. L'opinion que les enfants nourris exclusivement au lait rigoureusement stérilisé, et surtout au lait de la mère, étaient absolument à l'abri de ces diarrhées meurtrières de l'été, avait été acceptée par les médecins et par les gens du monde. Elle semblait faire partie de ces aits désormais acquis à la pratique; et elle était, du reste, tout à fait dans le courant scientifique.

Eh bien! les choses ne sont pas aussi simples que cela. Certes, si le mauvais lait, si l'alimentation chargée de microbes est une cause puissante de la diarrhée infantile, cette cause n'est pas unique; et, dans des circonstances faciles à déterminer, l'organisme suffit à développer cette maladie dans sa forme la plus grave.

Examinons maintenant, dans ses détails, la communication de M. Lesage et ensuite nous pourrons légitimement formuler nos conclusions.

Nous l'avons dit, cette épidémie a été très meurtrière, en proportion du reste avec l'élévation de la température. Le mois d'août et la première quinzaine de septembre ont présenté les chiffres les plus élevés de mortalité. La der-

nière quinzaine d'août donne un chiffre de 553 morts, tandis que la moyenne des années précédentes n'est que de 146 morts. Remarquons tout de suite, que sur ces 553 enfants, morts de choléra infantile, 60 étaient élevés exclusivement au sein. Ce qu'on remarque encore, c'est que la mortalité a été proportionnelle à l'élévation de la température et aux orages.

Les médecins *qui ont leur siège fait*, et malheureusement le nombre en est grand, ont objecté qu'il y avait eu quelque négligence soit dans la stérilisation du lait, soit dans son mode de conservation par les nourrices, soit dans son administration ; ou plus simplement parce que les enfants avaient tété leur pouce ; et que d'ailleurs le développement spontané du choléra infantile étant impossible, il fallait bien admettre que la cause était venue du dehors. On reconnaît là le sophisme habituel à l'usage des hommes qui placent leur parti pris au-dessus des faits et de la raison.

M. Lesage est un homme trop habitué aux pratiques rigoureuses des laboratoires, pour n'avoir pas pris toutes ses précautions. Il a restreint son étude clinique à 48 enfants : 28 élevés au lait stérilisé à 115° ; 14 au lait stérilisé à 100° et 6 au sein et rien qu'au sein. Et malgré une alimentation absolument aseptique, beaucoup de ces enfants ont été frappés par l'entérite aiguë et ont succombé.

M. Lesage, en face de ce résultat, fait deux hypothèses : ou bien il y a une toxine dans le lait stérilisé, ou bien sous l'influence de la chaleur et de l'orage, il survient une modification dans l'équilibre intestinal, d'où la maladie.

Hypothèse d'une toxine dans le lait stérilisé. — On a objecté qu'il se passe un certain temps entre la traite et

la stérilisation, et que c'est pendant ce temps que le lait s'ensemence de microbes, et que si la température est élevée, ces microbes produisent des toxines; or, le chauffage tue bien le microbe mais non la toxine.

M. Lesage répond à cette objection. D'abord, que le lait stérilisé, consommé pendant l'épidémie du mois d'août avait été stérilisé en avril, époque où la température était peu élevée. Il ajoute que le lait consommé en octobre et qui n'a produit aucune diarrhée avait été stérilisé en juillet, époque des fortes chaleurs. D'où il conclut que l'élévation de la température extérieure est sans effet sur le lait entre la traite et sa stérilisation.

M. Lesage ajoute : pour admettre qu'il existe une toxine dans le lait stérilisé, il faut pouvoir la montrer. Or, après de nombreux travaux de laboratoire, qu'il serait trop long de rapporter, l'auteur conclut qu'aucun des éléments du lait examiné ne présente d'action toxique, et qu'on ne peut affirmer que le lait stérilisé contient une toxine.

Nous sommes donc amené à accepter la deuxième hypothèse de M. Lesage, qu'il faut chercher dans l'action de la chaleur la cause d'une modification qui produit le choléra infantile.

Nous trouvons cette conclusion un peu vague. Nous allons essayer de la préciser, et pour cela déterminer les caractères principaux de l'épidémie.

Premier fait. — A l'hôpital Trousseau, 10 enfants sont nourris au lait stérilisé à 115°. Tout allait bien. Survient une forte chaleur, 6 de ces enfants sont atteints brusquement d'entérite et meurent.

Au dispensaire du *Chemin Vert* où les enfants sont nourris au lait stérilisé à 100°, plusieurs sont atteints mais non tous. A Trousseau encore, au mois de septembre,

20 enfants prennent le même lait stérilisé. Arrive un orage, 8 enfants sont pris subitement et meurent. Les autres enfants n'ont rien.

Le 16 septembre nouvel orage, 8 enfants sont pris et meurent. Les autres restent en bonne santé.

M. Lesage remarque que cette influence néfaste de l'orage est curieuse car elle frappe indifféremment des enfants bien portants et des cachectiques.

Il résulte de ces faits, que sur un certain nombre d'enfants réunis dans le même lieu, et nourris du même lait, le tiers, la moitié sont brusquement pris de choléra infantile et meurent, et les autres enfants n'ont rien.

L'état bactériologique des enfants malades et des enfants sains a été examiné avec tout le soin et toute la compétence qu'on pouvait attendre de M. Lesage. Le bacillum coli fut trouvé en culture pure chez un grand nombre des malades, et chez d'autres, associé à des staphylocoques et à la levure. Mais, remarque fort importante, de tous les enfants restés bien portants, qui présentaient le même état bactériologique, un certain nombre présentait une culture pure du bacillum coli, mais la plupart présentait une association de bacillum coli et de staphylocoque.

M. Lesage a étudié comparativement le choléra infantile des enfants soumis à un allaitement aseptique, et des enfants soumis à un allaitement septique. L'étude clinique a démontré l'identité absolue de la maladie dans les deux cas, identité non seulement dans les symptômes, mais encore dans la production microbienne.

Il résulte des faits cliniques et bactériologiques :

1° Que le choléra infantile ne vient pas d'une cause extérieure, puisque le lait parfaitement stérilisé ne contient aucune toxine, que d'ailleurs les enfants réunis dans

le même lieu et prenant le même lait, un tiers ou la moitié seulement sont malades, ce qui n'aurait pas lieu si le lait était la cause de la maladie.

2° L'élévation de la température et la production d'orages est une circonstance puissante dans le développement du choléra infantile, mais ne peut en être considéré comme la *cause*, puisqu'une partie seulement des enfants devient malade sous cette influence.

3° L'état bactériologique étant très analogue chez les enfants malades et chez ceux qui restent bien portants ne peut suffire à expliquer la production du choléra infantilis.

Que reste-t-il donc ?

Une disposition de l'organisme. Une cause interne qui, sous l'influence de la chaleur, malgré un aliment aseptique ou avec le concours nocif d'une alimentation pleine de microbes, détermine un processus morbide caractérisé par des symptômes et des lésions définies, une marche et une terminaison particulière et dénommé *cholera infantilis* ou plus simplement une maladie développée spontanément dans l'organisme, sous l'influence d'une prédisposition définie.

En terminant, nous devons dire un mot du traitement du choléra infantile par la *diète hydrique*. Ce traitement consiste à remplacer le lait par des tétées d'eau stérilisée.

Sous l'influence de ce traitement, la température tombe et le poids du corps augmente, la diarrhée devient jaune de verte qu'elle était.

Malheureusement la diète hydrique ne peut se continuer que quarante-huit heures. Après ce temps il faut revenir à l'usage du lait, avec les plus grandes précautions, car

la reprise du lait peut être le signal d'un retour des accidents.

La diète hydrique ne réussit que dans les cas peu graves et en dehors de ce moyen nos confrères nous semblent tout à fait désarmés.

Au risque de perdre notre temps (car il est inutile de rappeler aux médecins de notre école le traitement du choléra), nous conseillerons à nos confrères, de l'école officielle, d'employer dans les cas de choléra infantile, avec la diète hydrique, le veratrum album en première ligne, puis l'arsenic si ce premier médicament ne suffit pas. Nous leur garantissons de beaux succès.

Dr P. JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

DU TRAITEMENT PRÉVENTIF DE L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE PATERNELLE AU COURS DE LA GROSSESSE.

M. le professeur Fournier, dans sa leçon d'ouverture semestrielle à l'hôpital Saint-Louis, traite de l'hérédité syphilitique paternelle au cours de la grossesse, et de sa thérapeutique préventive. C'est cette leçon que nous allons tâcher de résumer.

Il s'agit dans l'espèce d'un père syphilitique, dont la syphilis peut être transmise à ses enfants, et qui rend sa femme enceinte. La mère est saine, mais le fœtus peut être syphilitique ; comment le traiter, comment le sauvegarder de l'hérédité paternelle.

Le seul traitement possible dans ce cas sera le traitement médical, le traitement de l'enfant par l'intermédiaire de la mère; la mère jouant en quelque sorte le rôle d'un filtre à travers lequel passeront les substances destinées à son enfant.

Ce traitement est-il justifié ?

Oui, répond M. le professeur Fournier, car il est à la fois rationnel. exempt de dangers pour la mère et salutaire par excellence pour le fœtus.

Rationnel ?

Cela résulte des expériences de M. Porak qui a établi, qu'au bout de quarante minutes, on retrouvait dans l'urine du fœtus, l'iodure de potassium absorbé par la mère, et de MM. Cathelineau et Stef qui ont isolé le mercure dans les cadavres incinérés de fœtus dont les mères avaient subi le traitement mercuriel.

Exempt de dangers pour la mère ?

La pratique démontre que les femmes enceintes non syphilitiques ou syphilitiques supportent également bien le mercure et l'iodure pendant le temps de leur grossesse.

Salutaire pour le fœtus ?

Nombre d'observations sont là pour prouver que maintes et maintes fois, à la suite de plusieurs grossesses malheureuses, une femme saine dont le mari est syphilitique, se décide à subir le traitement spécifique et accouche d'un enfant à terme, vivant et bien portant.

Dans quels cas faudra-t-il intervenir ?

L'intervention sera indiquée toutes les fois que la syphilis paternelle pourra être dangereuse pour l'enfant; soit que la syphilis du mari soit récente au moment de la grossesse de sa femme, soit que cette dernière ai eu déjà plusieurs couches désastreuses.

Inversement, on devra s'abstenir si la syphilis est ancienne, a été bien traitée, ou si les grossesses antérieures se sont terminées normalement par la naissance d'enfants vivants et sains.

Mais à côté de ces deux situations bien tranchées, il en est d'intermédiaires dans lesquelles le médecin hésitera forcément. Toutefois, lorsqu'on n'aura pas plus de raisons d'agir que de s'abstenir, l'intervention est de règle. Car dans le premier cas on risque simplement d'être inutile, dans le deuxième on peut nuire.

Dans la pratique, le problème n'est pas aussi aisé. Et d'abord, il s'agit de soigner la mère. Si elle est au courant de l'état de son mari, rien de plus simple, on institue le traitement.

Si, au contraire, elle ignore les antécédents pathologiques du père, quelle doit être la conduite à tenir? Sans nul doute, en référer au mari et le laisser décider lui-même si sa femme doit être mise au courant de la situation. Presque toujours le mari répondra: Sauvez mon enfant en traitant la mère, mais ne laisser rien soupçonner. Alors le médecin se trouve dans l'obligation de dissimuler et quelquefois même de mentir à sa cliente. Cette situation fausse peut amener des incidents regrettables. Exemple, le cas que cite complaisamment M. le professeur Fournier d'une belle-mère soupçonneuse dont il traitait la fille et qui, se présentant à son cabinet, lui dit avec aigreur : « J'ai fait analyser vos pilules par mon pharmacien : eh bien, elles sont pleines de mercure ? »

Toutefois, ces petits inconvénients inhérents à la profession ne doivent pas faire perdre de vue que l'intérêt de l'enfant seul guide le praticien, et que par suite il n'a pas le droit de s'abstenir.

Quand doit-on instituer le traitement ?

Le plus tôt possible, dès le début de la grossesse. Si on intervient le premier mois on réussit souvent ; au contraire, un traitement tardif aboutit à un échec presque certain. Et M. le professeur Pinard précise en disant : « Au delà du cinquième mois, c'est trop tard, il n'est guère plus d'espoir à conserver. »

L'agent thérapeutique principal sera le mercure, que l'on administrera sous forme de pilules de proto-iodure, et auquel on pourra adjoindre l'iodure de potassium.

Il est évident que les frictions mercurielles ou les injections d'huile grise sont contre-indiquées lorsqu'on veut laisser ignorer à la mère la nature du traitement qu'on lui fait subir. Quant au sublimé, son goût désagréable le fait difficilement accepter de personnes qui se croient et sont d'ailleurs bien portantes.

La dose de proto-iodure sera nécessairement une dose fœtale, c'est-à-dire une dose très faible : 0 gr. 05 centigrammes par jour au maximum.

Le traitement, pour qu'il soit efficace, devra être prolongé tout le temps de la grossesse.

Enfin, ce traitement devra-t-il être continu, ou bien devra-t-on l'interrompre de temps en temps pour permettre à l'estomac de se reposer ?

M. le professeur Pinard est partisan du traitement continu. Le traitement *intermittent* a les préférences de M. le professeur Fournier. Il consiste à se soigner vingt jours par mois et à suspendre toute absorption de médicaments les dix autres jours.

Ces divergences d'opinion n'ont qu'une importance secondaire, car, dans la pratique, on est presque toujours obligé de compter avec la tolérance plus ou moins grande

de l'estomac pour tels ou tels médicaments et tel ou tel mode d'administration.

L'essentiel est que l'on donne du mercure.

Comme conclusion, nous ne saurions mieux faire que de reproduire celles de M. le professeur Fournier :

1° Lorsqu'un fœtus est menacé par la syphilis paternelle, une sauvegarde peut lui être offerte par le traitement de sa mère, quoique saine, au cours de la grossesse ;

2° Des succès ont été obtenus par ce traitement médiat, et ces succès sont assez nombreux aujourd'hui pour que le praticien ait le devoir, l'obligation de mettre en œuvre ce traitement spécial en pareille occurrence ;

3° Ce traitement, pour être utile, doit intervenir à l'époque la moins distante possible du début de la grossesse ;

4° Le mercure constitue la base essentielle de ce traitement ;

5° Administrer le mercure comme on le peut, en satisfaisant aux indications individuelles des cas particuliers, est la seule règle à formuler en pareil cas.

Dr Xavier.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIE DE L'APOMORPHINE.

III. *Symptômes par appareils.*

SYMPTÔMES DE LA VIE DE RELATION. — Dans une observation d'empoisonnement est signalé un délire tranquille [8].

Chez les animaux, une grande excitation, se traduisant par des mouvements de manège ou des bonds.

La somnolence est notée dans plusieurs observations, en général après le vomissement; sommeil invincible avec difficulté d'ouvrir les yeux [3. 11].

Le sommeil a un effet réconfortant.

Chez les animaux on signale des convulsions épileptiformes.

SYNDROMES. — La faiblesse, avec malaises et étourdissements, avec nausées, avec pâleur de la face, est noté dans la plupart des observations avant le vomissement; pouvant aller jusqu'à une fatigue extrême [3]; de la dépression [5. 6. 7], et même jusqu'au collapsus complet avec abaissement de la température [13].

Chaleur avant le vomissement [3].

Sueurs profuses [1. 5. 9. 10].

SYMPTÔMES DE LA TÊTE. — Etourdissements, surtout au moment des nausées qui précèdent les vomissements;

s'accompagnant d'un malaise dans la tête; de mal de tête[9]. [Souvent avec bourdonnement d'oreilles](1).

Difficulté pour le travail de tête[6].

Douleur aiguë dans le front et l'arète du nez[11].

Face. — La pâleur est notée presque toujours avant les vomissements, en même temps que les étourdissements, les nausées, l'état lipothymique et les sueurs.

Figure livide[13].

Chaleur et rougeur, ordinairement après le vomissement.

SYMPTÔMES DES ORGANES DES SENS. — *Yeux et vue.* — La dilatation plus ou moins grande des pupilles est notée dans beaucoup d'observations. Pupilles dilatées et insensibles (expériences sur les animaux) [Injection des conjonctives et larmoiement].

De même chez les animaux on a trouvé à l'opthalmoscope les vaisseaux de la rétine très congestionnés.

Oreilles et ouïe. — [Bourdonnements d'oreilles.]

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Afflux de salive à la bouche avant le vomissement.

Nausées dans presque toutes les observations; nausées très pénibles [13].

Efforts de vomissements sans résultats [13].

Vomissements très abondants, ordinairement alimentaires, après nausées ; vomissement de tout ce qui est pris.

Vomissements sans nausées préalables [3].

(1) Les symptômes entre [ ] sont empruntés au *Handbdook of materia médica* de Allen.

[Renvois, éructations].

Bien-être le après vomissement et pas de diarrhée consécutive [10].

Lorsque la dose de l'apomorphine a été insuffisante pour provoquer le vomissement, beaucoup de nausées très pénibles avec malaises, pâleur et lipothymies, pouvant aller à la syncope complète et au vomissement ; lorsque la dose est forte, le vomissement est ordinairement facile et peut survenir sans nausée préalable.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE. — L'accélération du pouls paraît notée comme symptôme primitif avec doses peu élevées [1.3].

La faiblesse, la rareté du pouls sont notées dans un grand nombre d'observations ; irrégulier [3.13].

Le pouls est d'abord plein et régulier, puis irrégulier [3].

Syncope et tendance aux lipothymies ; collapsus complet [13].

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — L'action sur la respiration paraît assez analogue à celle sur la circulation, quoique moins marquée.

Amélioration légère, puis ralentissement des mouvements respiratoires.

Respiration irrégulière [3].

Absence complète de mouvements respiratoires, le cœur continuant à fonctionner [13].

Chez les animaux, les symptômes varient suivant les espèces, chez les lapins, excitation du centre respiratoire par doses petites, diminution par doses fortes et paralysies par doses très fortes.

IV. — *Application thérapeutique.*

On peut chercher à produire l'action physiologique de l'apomorphine ou son action homœopathique.

Action physiologique. — Dans le premier cas, on s'en servira comme *vomitif* dans les empoisonnements, où l'on a besoin d'une action très rapide et on l'emploiera dans ce cas en injection hypodermique. On se sert d'une solution au centième, dont on injecte un centimètre cube ou un centimètre cube et demi.

Quelques médecins allopathes, se servent aussi de l'apomorphine comme expectorant, le donnant probablement par analogie d'après l'action de l'ipéca et de l'émétique qui sont employés suivant la dose comme vomitifs ou comme expectorants.

Voici une formule de potion qui rendrait les mucosités plus solubles, les râles plus humides.

Chlor. d'apomorphine. . .	0,01 à 0,03
Eau distillée.	120 grammes
Acide chlorhydrique. . .	V gouttes
Sirop simple.	30 grammes

une cuillère à bouche toutes les deux heures.

On observe quelquefois des nausées après la première cuillère.

Vallender (1) a conseillé les injections sous-cutanées d'une solution au millième (0,1 p. 100) contre les crises épileptiques, précédées d'aura. Il faisait une injection d'un quart ou d'un tiers de seringue de Pravaz.

(1) *Berlin. Klin. Woch.* n° 14, 1877.

Action homœopathique. — L'apomorphine n'a guère été employée que contre les *vomissements*. Elle m'a très bien réussi plusieurs fois chez une neurasthénique, qui avait souvent des crises de vomissements répétés, comme incoercibles.

On pourrait aussi l'employer dans les *vomissements nerveux*, dans les *vomissements de la grossesse*, dans le *mal de mer*.

La pathogénésie indique aussi ce médicament dans la *neurasthénie* dont il reproduit quelques symptômes : faiblesse, avec étourdissements ; fatigue extrême, dépression, mal de tête, difficulté pour s'occuper, tendance aux lipothymies.

Dans les *transpirations* abondantes : il produit les sueurs profuses.

Dans la *faiblesse cardiaque* : pouls rare, faible, irrégulier, tendance aux lipothymies, syncope, collapsus ; pâleur de la face.

Doses. — Les premières dilutions sont les doses qui nous paraissent devoir être conseillées, mais l'expérience clinique devra dire le dernier mot.

Chez la malade où l'apomorphine nous a réussi plusieurs fois à arrêter les vomissements, nous donnions V gouttes de la 1/10 dans 60 grammes d'eau, une cuillerée à café toutes les demi-heure ou toutes les heures.

Dr Marc Jousset.

BACTERIOLOGIE.

LES SUBSTANCES IMMUNISANTES ET CURATIVES DITES ANTITOXINES SONT PRODUITES PAR L'ORGANISME.

L'opinion qui attribuait à une action chimique la formation des sérums immunisants et curatifs est aujourd'hui presque entièrement abandonnée et on s'accorde généralement pour regarder ces sérums comme un produit de la cellule organique.

Les études de Bouchard sur les vaccins confirmant les études cliniques traditionnelles ont établi, il y a déjà des années, que les propriétés vaccinales ne commencent à se manifester que le 4e jour de la vaccination et qu'elles n'atteignent la plénitude de leur puissance que le 14e jour, c'est-à-dire à une époque où toute la substance vaccinale a été éliminée ; et il conclut que l'immunité durable ainsi produite ne s'explique par aucune action chimique, mais par une modification de la cellule.

On explique couramment aujourd'hui l'action immunisante et curative des sérums contre le tétanos, la diphtérie, la fièvre jaune, la peste et tous leurs analogues, par la formation d'une substance qu'on désigne sous le nom d'*Antitoxine*, non à cause de ses propriétés chimiques encore inconnues mais parcequ'elle exerce sur les organismes vivants une action curative et immunisante vis-à vis des maladies dont les microbes ou les toxines ont servi à sa préparation.

Nous avons dit action curative et immunisante et non *action contraire* parceque l'étude attentive de ces actions thérapeutiques établit qu'elles agissent dans le sens même de la maladie ; que dans certains cas graves leurs actions délétères s'ajoutent à l'action toxique et précipite l'issue fatale, et qu'elles guérissent par une action semblable plutôt que par une action contraire.

Peut-on dire aujourd'hui quelle est exactement la nature de ces substances immunisantes et curatives ? Nous ne le croyons pas ! Mais s'il reste encore des points irrésolus et obscurs dans ce problème, il en est d'autres qui semblent bien établis et en particulier celui qui considère ces substances comme une production de l'organisme vivant.

Un travail du laboratoire de Copenhague, publié dans les *Annales de Pasteur* (Nov. 1898), confirmant les travaux d'autres bactériologistes, entre autres ceux de MM. Roux et Vaillard, établit que la substance antitoxique se reproduit, même quand le volume total du sang de l'animal a été enlevé par des saignées successives.

MM. Carl. Sul. Jolomonsen et Thorvald Madsen ont opéré sur des chèvres dont le sang, par des injections successives avait été fortement immunisé contre la diphtérie.

Les expériences furent conduites de telle manière que la chèvre, au bout de cinquante heures et après avoir subi quatre saignées, ne possédait plus que la douzième partie du sang qu'elle avait primitivement. Pour mettre les animaux en état de supporter une aussi grosse perte de sang l'expérimentateur effectuait après chaque saignée la transfusion d'une quantité égale de sang de chèvre chauffé et défibriné.

Le premier effet de ces saignées est un abaissement

considérable du pouvoir antidiphtéritique du sérum de cet animal. Dans une expérience, l'immunité du sérum qui, immédiatement avant la première saignée, s'exprimait par le chiffre 0,80, après la quatrième était tombée à 0,13. Mais dès le lendemain le pouvoir immunuisant augmentait et, cinq jours après, il était représenté par 0,50 ayant ainsi en cinq jours récupéré 37 unités d'immunisation.

Sur un cheval, le résultat fut encore plus complet. Ainsi le pouvoir immunisant étant tombé de 85 à 55, remonta le jour suivant à 75 et le cinquième jour, le pouvoir immunisant était le même qu'avant les saignées, ce qui nous force d'admettre que les cellules de l'organisme acquièrent, sous l'influence de la toxine, une propriété nouvelle et persistante qui leur permet de former directement des substances dites antitoxines.

D[r] P. Jousset.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE JAUNE

Sérum préventif et curatif de la fièvre jaune

L'année dernière, le professeur Joseph Sanarelli, élève de l'institut Pasteur, et maintenant directeur de l'institut d'hygiène de Montevideo, parvint à isoler et à cultiver le bacille de la fièvre jaune qu'il dénomma bacille *ictéroïde*.

Depuis lors, ce médecin est parvenu à vacciner des animaux et, en particulier, des chevaux auxquels il em-

prunta un sérum pour le traitement et la prévention de la fièvre jaune.

Avec le concours de médecins brésiliens, le Dr Sanarelli put, à Rio-de-Janeiro d'abord, puis ensuite dans l'Etat de Saint-Pol, traiter un certain nombre de malades atteints de la fièvre jaune; et il résulte de faits encore malheureusement trop restreints que le sérum produisit une guérison rapide dans tous les cas, même les plus graves où la diurèse était conservée. Au contraire, les malades qui, au début du traitement, étaient anuriques et albuminuriques n'éprouvèrent aucun soulagement. Il est remarquable, en effet, que, dans la fièvre jaune comme dans le choléra, la suppression de la fonction rénale est un symptôme très grave et presque toujours mortel. Les injections ont été faites d'abord dans le tissu sous-cutané, puis dans les cas très graves par la voie intra-veineuse. La dose du sérum varie de 15 à 60 centimètres cubes.

Le premier effet de l'injection du sérum, surtout lorsqu'elle est pratiquée dans les veines, est une congestion légère des téguments surtout à la poitrine et à la face. Les conjonctives s'injectent, le pouls devient plus fort, le malade éprouve une sensation de chaleur à la tête, quelques quintes de toux. Il présente sur plusieurs points du corps un léger érythème, quelquefois de l'urticaire accompagné de nausées.

Le symptôme le plus notable est une élévation de la température suivie bientôt d'un abaissement qui, après quelques oscillations, arrive à l'état normal. En même temps, tous les autres symptômes s'améliorent et la convalescence s'établit très rapidement.

Un phénomène encore très remarquable est, comme

dans le choléra, le rétablissement de la diurèse et parfois une véritable polyurie.

Non seulement le sérum préparé par le Dr Sanarelli est curatif, mais il semble encore exercer une action préventive des plus heureuses.

La fièvre jaune ayant éclaté dans la prison de San Carlos do Pinhal, au bout de quelques jours quatre condamnés étaient déjà morts lorsqu'on pratiqua des injections de sérum antiamarili à tous les condamnés. L'effet de cette mesure prophylactique fut merveilleux et aucun cas de fièvre jaune ne se manifesta plus dans la prison.

Ce sérum, dit M. Sanarelli, agit contre les microbes et non pas contre leur toxine. Il est bactéricide et non pas antitoxique.

L'action prophylactique du sérum antiamarili est encore plus évidente que son action curative. Et, cependant, on ne peut dire qu'il soit bactéricide puisque, dans ces cas, il n'y a pas encore de bactérie.

Le sérum de la fièvre jaune n'est donc ni bactéricide ni antitoxique; son action prophylactique est comparable à celle de tous les vaccins, c'est dire qu'il agit sur la cellule vivante et qu'il la modifie de telle sorte qu'elle n'est plus disposée à contracter la fièvre jaune. Or, l'action curative est de même nature que l'action immunisante et je ne vois pas l'intérêt qu'il y a à faire intervenir ici les théories sur les bactéricides et les antitoxiques.

Dr P. JOUSSET.

RÉSECTION DU SYMPATHIQUE CERVICAL DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, DU GOITRE EXOPHTHALMIQUE ET DU GLAUCOME.

M. Jonnesco (de Bucharest) a fait sur ce sujet une communication très intéressante au Congrès de chirurgie (1) et nous voulons reproduire pour nos lecteurs les résultats de sa pratique.

Il a pratiqué, depuis le mois d'août 1896, 63 fois la résection du sympathique cervical, étendue aux deux premiers ganglions d'abord, à toute la chaîne cervicale ensuite. Cette opération est absolument bénigne et il n'a perdu aucun malade du fait du traumatisme. Il recommande d'enlever les deux sympathiques en deux séances à sept ou huit jours d'intervalle.

Voici ses résultats thérapeutiques :

Sur 45 épileptiques opérés, 6 ont succombé, plus ou moins longtemps après l'opération, soit dans un état de mal, soit d'une affection intercurrente. Des 39 qui restent, les uns sont trop récents pour pouvoir en parler, d'autres n'ont pas pu être suivis; reste 18 malades suivis depuis assez longtemps: 10 sont parfaitement guéris, n'ayant pas eu d'accès depuis deux ans (5), un an et sept mois (1), quinze mois à un an et demi (3), six mois (1) ; 6 sont notablement améliorés, et 2 insuccès.

Donc 55 p. 100 guérisons; 28 p. 100 amélioration et 15 p. 100 insuccès. Parmi les cas guéris, j'en signalerai un où l'épilepsie était associée à la chorée et où les deux affections ont été guéries par l'opération, et cela depuis deux ans. Ces excellents résultats, je les dois, j'en suis

(1) *Médecine moderne*, 29 octobre.

convaincu, à l'opération que j'ai préconisée et pratiquée : la résection totale et bilatérale de la chaîne cervicale du sympathique, elle seule modifiant assez profondément la circulation encéphalique, chose qu'on ne peut obtenir par la simple section du cordon (Jaboulay), ni par la résection du ganglion cervical supérieur seul (Alexander), du moyen ou de l'inférieur, dont les effets ne peuvent être que passagers et incomplets.

Dans la maladie de Basedow, sur 10 opérés, j'ai 6 cas types de Basedowisme vrai avec 6 guérisons datant de 26, 25, 15, 11, 7 1/2 et 4 mois, dont 1 où la maladie de Basedow était associée au glaucome ; et 4 cas frustes et Basedowisme secondaire, très améliorés mais non guéris. Dans un de ces derniers cas, je n'ai fait que l'ablation unilatérale du sympathique. Sauf mes deux premières opérées chez lesquelles je n'ai enlevé que les deux premiers ganglions, et qui sont parfaitement guéries aujourd'hui, chez tous les autres j'ai fait l'ablation totale de la chaîne sympathique cervicale. La modification profonde de l'état nerveux, la disparition très rapide des phénomènes oculaires, la chute du pouls et la disparition de la tachycardie sont les premières suites de l'opération : le goître diminue peu à peu et subit une dépression scléreuse qui va jusqu'à sa disparition complète. Ici aussi les bons résultats que j'ai obtenus sont dus à la résection très étendue ou totale que j'ai préconisée et pratiquée, à la place de la simple section du sympathique, seule intervention qu'on avait proposée et pratiquée avant moi (Jaboulay). Du reste, tous ceux qui ont entrepris, depuis ma communication au Congrès de chirurgie de Paris de 1896, le traitement de la maladie de Basedow par une intervention sur le sympathique, n'ont plus fait que la résection du sympathique plus

ou moins étendue, comme je l'avais préconisée, y compris M. Jaboulay.

En somme, la résection du sympathique donne d'excellents résultats, surtout dans les formes vraies de la maladie de Basedow, là où les opérations sur le corps thyroïde donnent des résultats à peu près nuls (Schlesinger). Mais pour cela il faut enlever toute la chaîne sympathique, car Morat vient de démontrer que les nerfs vaso-dilatateurs du corps thyroïde suivent la chaîne thoracique et le ganglion cervical inférieur pour aboutir au corps thyroïde ; il faut donc enlever ce dernier ganglion pour avoir un effet durable et sûr (Briau, Th. de Lyon, 1897).

Dans le glaucome, sur sept résections du ganglion cervical supérieur et une résection totale du sympathique cervical, j'ai obtenu des résultats excellents et durables, surtout dans 3 trois cas : deux glaucomes chroniques simples où la vue s'est notablement améliorée et se maintient depuis onze mois dans un cas, depuis neuf mois dans l'autre. Les deux malades avaient subi préalablement l'iridectomie double sans résultats. Un d'eux avait conservé la perception lumineuse d'un côté et la distinction des objets à quelques centimètres seulement du côté opposé ; aujourd'hui, onze mois après l'opération, il distingue parfaitement les lettres de 8 centimètres de hauteur à 1 m. 50 avec l'œil droit, à 1 mètre avec l'œil gauche.

La seconde malade, opérée du seul côté où elle avait encore la perception lumineuse et pouvait compter les doigts à 15 centimètres de l'œil actuellement, neuf mois après, elle distingue tous les objets à 2 m. 75. Enfin, le troisième atteint de glaucome chronique irritatif, qui souffrait de douleurs violentes périorbitaires et occipitales depuis dix ans, et qui avait subi la double iridectomie

sans résultat, a vu cesser complètement ses douleurs immédiatement après la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur, et aujourd'hui, un an après l'opération, il ne souffre plus aucunement et sa vue s'est tellement améliorée qu'il écrit parfaitement, lit les lettres de sa femme et tous les imprimés. Son état nerveux s'est même tellement amélioré qu'il se déclare en excellent état, ne demandant que la durabilité de ce merveilleux résultat.

Dans les autres 5 cas, les résultats n'ont pas été aussi bons, soit qu'il s'agit de glaucome aigu, soit de glaucome chronique simple absolu.

En somme, comme l'opération est absolument bénigne, je n'hésite pas à la proposer pour toutes les formes de glaucomes, attendant que l'expérience nous montre les cas où son efficacité est plus certaine et plus durable.

DES BONS EFFETS DE L'IODURE D'ARSENIC

Encore un de nos médicaments qui va passer dans la pratique médicale officielle. Sous ce titre, le Dr Rousseau-Saint-Philippe publie dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1) un article par lequel il recommande l'iodure d'arsenic chez les enfants lymphatiques et scrofuleux. Voici dans quels cas il en recommande l'emploi.

Dans les dermites très suintantes, dans celles qui ont cessé de couler et sont devenues plus croûteuses, dans celles surtout qui sont très démangeantes, à tout âge de la maladie et de l'enfant, mais surtout chez les enfants de 6 mois à 2 ans 1/2 et 3 ans, et quand la lésion a passé le

(1) 10 juin 1898.

stade absolument aigu ; dans les ophtalmies interminables, même avec kératite phlycténulaire, même avec ulcération ; dans les coryzas à gros nez et à grosses lèvres également exulcérés ; dans le catarrhe naso-pharyngien persistant après l'ablation des végétations adénoïdes. D'autre part, dans les bronchites à répétition, avec emphysème et crises violentes de pseudo-asthme, où les ganglions trachéo-bronchiques sont certainement hyperémiés et grossis ; dans la bronchite chronique, si l'on peut employer pareille expression à propos d'enfants. D'autre part encore, dans les entérites sans phénomènes douloureux ; dans les diarrhées fétides ; dans les gros ventres simulant le carreau, où la dyspepsie, avec ses conséquences, joue le grand rôle ; dans l'helminthiase enfin, surtout pour les oxyures vermiculaires qu'on rencontre si souvent chez les névro-arthritiques, et dont on a tant de peine à débarrasser ces petits malades, l'iodure d'arsenic, prescrit et employé comme je vais le dire, amène des modifications vraiment remarquables, comme je n'en ai obtenu avec aucun autre remède du même genre ou non. Et pour que l'observation fût démonstrative, j'ai toujours eu le soin de n'employer concurremment, en dehors de l'hygiène, aucun autre moyen thérapeutique. Les dermites, je les fais laver simplement avec de l'eau bouillie, et je n'emploie de topiques, de lotions détersives, de pommades, qu'après avoir constaté un commencement de modification favorable dans l'état du malade. De même pour les autres manifestations muqueuses ou viscérales.

Il ajoute qu'il a pu recueillir 200 observations favorables à l'emploi de ce médicament. La liqueur qu'il préconise, nous verrons plus loin que c'est exactement la 1re dilution homœopathique, « est devenue, dit-il, assez populaire

pour mériter parmi les élèves et parents de nos petits malades, le nom de *liqueur dépurative de l'hopital des enfants*, sous lequel il serait désirable de le prescrire, parce que cet anonymat aurait l'avantage, dont usent tous les homœopathes, de dissimuler un médicament composé de substances fortes, redoutées souvent des familles, surtout quand elles s'adressent aux enfants. »

Voici quel est le mode de préparation qu'il a choisi : il emploie l'iodure d'arsenic anhydre, qui est soluble dans l'eau et fait une solution « exactement dosée à 1 p. 100 », solution limpide, légèrement verdâtre, qui se conserve indéfiniment et dont il administre V, X, XX et même XXX gouttes par jour dans de l'eau ou du lait sucrés ; il débute ordinairement par I goutte matin et soir, pour arriver à X, et même plus. Le Dr Saint-Philippe ajoute que X gouttes contiennent exactement 1 centigramme de substance active, et en cela nous croyons qu'il fait erreur, il faut au moins XX gouttes pour produire 1 gramme de la solution, or, il faut 1 gramme de celle-ci pour représenter 1 centigramme.

Il y a déjà de longues années que notre confrère Martiny, de Bruxelles, préconise l'emploi de l'iodure d'arsenic chez les phthisiques, et nous avons souvent reconnu le bien fondé de son indication. Nous avons aussi employé ce médicament, et nous sommes très disposés à l'essayer de nouveau dans les cas où le Dr Saint-Philippe le recommande, car il paraît y agir d'après la loi de similitude, si on se reporte aux pathogénésies de l'iode et de l'arsenic, qui entrent dans sa composition.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. Sur le traitement des anévrysmes par les solutions de gélatine. — II. La toxicité de l'appendicite. — III. Ablation du sympathique cervical dans l'épilepsie expérimentale. — IV. Traitement de l'acromégalie par l'hypophysine.

I

M. Laborde (*Séance du 21 octobre*). — La gélatine n'est pas soluble. Elle ne peut donner lieu qu'à des suspensions liquides, dont les particules plus ou moins ténues, en pénétrant dans le système circulatoire, sont le point de départ du processus de coagulation, d'où le danger de la coagulation en masse, qui peut se produire en tout autre lieu que la poche anévrysmatique.

La méthode de M. Lancereaux, basée sur la réalité d'une action coagulatrice de la gélatine, demande dans l'application une extrême prudence et une systématisation rationnelle.

Injection directe dans la poche anévrysmale même (ce qui se justifie par les précédents du traitement des anévrysmes par l'introduction de corps étrangers électrolyseurs ou provocateurs de la coagulation sanguine), ou tout au moins injection *in situ* au voisinage le plus prochain possible de la tumeur.

M. Lancereaux (*Séance du 8 novembre*). — Le sang, en

contact avec une paroi vasculaire qui n'est pas parfaitement lisse, tend à se coaguler ; mais pour que ce phénomène ait lieu, il faut, en outre, que le cours du sang soit ralenti. Or, ces deux conditions ne se trouvent réalisées qu'à l'intérieur d'une poche anévrysmale. Par conséquent, nous pouvons affirmer que l'effet coagulateur de la gélatine n'aura lieu qu'au niveau d'une poche anévrysmale, et non pas ailleurs. La preuve de ce fait nous est fournie par deux observations de notre première communication. Nos deux malades, qui avaient simplement de la dilatation de l'aorte sans poche anévrysmale, n'ont pas eu de coagulation sanguine, bien que leur système artériel fût couvert de plaques d'athérome. Le danger des injections n'est donc pas aussi grand qu'on a voulu le faire craindre. (Communication de M. Laborde.)

Il faut repousser l'injection dans la poche anévrysmale, à cause du danger de la coagulation en masse, et de l'introduction de particules solides dans la circulation.

L'injection *in situ*, au voisinage de la tumeur, n'est pas toujours possible, et ne présente que des avantages douteux.

Technique proposée par M. Lancereaux.

A) La solution dont nous nous servons de préférence est la suivante ;

Gélatine blanche......... 4 à 5 grammes.
Solution NaCl à 7 p. 1000. 200 centimètres cubes.
(La solution à 1 p. 100 nous a paru peu active).

On place cette solution dans un ballon ; on ferme le ballon à la lampe, et on stérilise à 120°. Il est bon de faire préparer d'avance plusieurs ballons semblables, stérilisés ; on les met quelques jours à l'étuve à 38°, et on

met de côté ceux qui se troublent et dont la gélatine ne se solidifie pas par le refroidissement.

B) Pour injecter la solution de gélatine, nous nous servons d'un appareil qui consiste en un matras de 500 centimètres cubes facilement stérilisable à 120°, ou même tout simplement en y faisant bouillir de l'eau pendant un quart d'heure. Au matras s'adapte un bouchon de caoutchouc traversé par deux tubes de verre ; l'un d'eux plonge jusqu'au fond du matras et se trouve relié par un tube de caoutchouc avec une aiguille en platine iridié de fort calibre ; l'autre, très court, est relié par un tube en caoutchouc avec une poire à soufflerie ou une pompe foulante comme celle de l'appareil Potain. Sur le trajet de ce dernier tube, se trouve un ballon de verre rempli d'ouate, et destiné à purifier l'air qui va comprimer le liquide.

On commence par stériliser le matras comme il est dit plus haut ; on fait bouillir le bouchon avec ses deux tubulures, le tube de caoutchouc qui le relie à l'aiguille, et cette dernière. En même temps, on place le ballon de gélatine dans un bain-marie à 37°, et lorsque la gélatine est liquéfiée, on ouvre le ballon et on déverse son contenu dans le matras stérilisé, que l'on ferme rapidement par le bouchon stérilisé, lui aussi, par l'ébullition. Le matras est alors placé dans un bain-marie à 37°.

On lave soigneusement l'endroit où l'on fera l'injection, de préférence la fesse, et l'on y introduit l'aiguille profondément dans le tissu cellulaire, de façon que la pointe se trouve au voisinage de l'aponévrose sous-jacente. L'injection doit être faite rapidement, et terminée dans l'espace d'environ 1/4 d'heure.

L'injection n'est pas douloureuse. L'absorption se fait rapidement et n'est suivie d'aucune réaction locale ou

générale. L'effet se produit assez vite. Il est prudent d'imposer le repos absolu aux malades, et de s'abstenir de palper la poche anévrysmale après l'injection. Des manœuvres trop violentes risquent de disloquer les caillots récemment formés.

Cette injection est répétée tous les six à huit jours jusqu'à l'oblitération de la poche.

Lorsqu'une collatérale importante s'ouvre dans la poche, il est bon d'employer des solutions plus faibles (1 à 1,5 p. 100), et de laisser entre deux injections consécutives un intervalle de huit à dix jours.

M. Huchard (*Séance du 15 novembre*) se déclare très partisan du traitement des anévrysmes par les injections gélatineuses sans en nier les dangers dans certains cas. On n'a jamais songé à abandonner la digitale parce qu'elle produit parfois quelques accidents. Il en sera sans doute de même des injections gélatineuses, qui peuvent dépasser le but, comme cela survient pour les guérisons spontanées.

M. Huchard rappelle 3 cas d'accidents mortels survenus à la suite de guérison spontanée. Rien d'étonnant donc que pareils malheurs puissent arriver avec les coagulations provoquées par les injections de gélatine.

A côté de la technique décrite par M. Lancereaux il y a des précautions pré et post-opératoires qu'il serait dangereux de passer sous silence.

Le repos absolu au lit est de règle pendant toute la durée du traitement.

Le régime alimentaire a une grande importance à cause de son action sur la tension artérielle.

Un anévrysme n'est jamais si près de se rompre que

lorsqu'il y a de l'hypertension artérielle, comme cela arrive par exemple chez les artério-scléreux.

On a pu déterminer la rupture d'anévrysme de l'aorte abdominale en comprimant les deux fémorales pour augmenter le volume de l'anévrysme, c'est-à-dire en augmentant la tension artérielle dans l'aorte.

Parmi les causes capables de retarder, d'empêcher même la coagulation, il n'en est pas de plus active que l'hypertension artérielle. Dans les cas où la méthode de Moore (introduction de corps étrangers dans la poche anévrysmale) ne déterminait pas la formation de caillots il y avait toujours hypertension vasculaire.

Donc pour que les injections coagulantes aient leur plein effet il faut autant que possible diminuer la tension artérielle. On y arrive par l'alimentation et les médicaments.

De l'alimentation il faut proscrire les bouillons et potages gras, les viandes de toute sorte et surtout les viandes faisandées et peu cuites, les jus de viandes, les poissons et surtout les poissons de mer, le gibier, les conserves alimentaires, les fromages faits, etc., le thé, le café, les liqueurs, les bières fortes, le vin en excès, le tabac, toutes substances qui ont soit par leur propre action, soit par les toxines qu'elles contiennent, une puissante action vaso-constrictive.

Les anévrysmatiques doivent être soumis suivant les cas, soit au régime lacté absolu, soit au régime mitigé lacto-végétarien (2 litres de lait par jour, tous les légumes, fruits, jamais de viande). C'est à proprement parler la diète des toxines alimentaires.

Les médicaments vaso-dilatateurs (iodure, trinitrine) peuvent être utiles, mais jamais autant que le régime.

M. Lancereaux. — Dans les solutions de gélatine on ne trouve pas les particules ténues, les corps en suspension, dont parle M. Laborde. Une goutte examinée au microscope paraît parfaitement homogène.

Bien que la gélatine ne soit pas dialysable, elle peut fort bien être absorbée non pas par les vaisseaux sanguins, mais par la voie lymphatique. Une injection dans le tissu cellulaire équivaut à une injection poussée directement dans les vaisseaux lymphatiques.

L'observation clinique prouve d'ailleurs la résorption de substance non dyalisables, l'albumine en particulier. Cette substance peut exister en assez grande pro portion dans l'œdème ou l'ascite; or l'expérience de tous les jours prouve qu'on peut voir l'hydropisie disparaître du jour au lendemain.

Il y a plus : la gélatine est réellement absorbée comme le prouvent les expériences. Une injection de gélatine dissoute dans l'eau salée physiologique, mise sous la peau de l'homme ou dans le péritoine d'un lapin, disparaît au bout de quelques heures.

M. Laborde maintient ses premières affirmations. La gélatine n'est pas dialysable. Elle n'est pas absorbable, ni absorbée du moins en tant que gélatine. Pour pénétrer dans la circulation elle doit subir au contact de la cellule vivante une sorte de digestion qui la transforme en gélatino-peptone. Cette transformation enlève à la gélatine sa propriété anticoagulante. Pour utiliser rationnellement cette propriété, il est donc nécessaire de porter directement la substance au contact immédiat du liquide sanguin.

M. Hayem fait remarquer que pour qu'une substance soit absorbée en nature, lorsqu'elle a été introduite sous

la peau ou dans le péritoine point n'est besoin qu'elle soit dissoute ou dialysable. Il rappelle des expériences personnelles publiées en 1880-82, démontrant que les globules rouges passent en nature de la cavité péritonéale dans la circulation générale.

M. Lancereaux. — Quel que soit le mécanisme de leur absorption, les injections gélatineuses ont une action manifeste sur la coagulation dans les poches anévrysmales comme le prouve l'expérience chimique.

II

M. Dieulafoy (*Séance du* 8 *novembre*). — L'appendicite est une maladie infectieuse. Les colonies microbiennes peuvent traverser les parois de l'appendice pour aller infecter le péritoine, passer dans la circulation porte et aller infecter le foie. C'est également une maladie infectante, toxique. Les toxines élaborées dans la cavité close peuvent déterminer des accidents généraux ainsi que le prouvent des expériences sur le cobaye relatées dans la communication et des observations cliniques présentées par M. Dieulafoy.

Dans sa forme la plus habituelle et la plus bénigne la toxicité de l'appendicite se traduit par la teinte subictérique avec urobilinurie et par l'albuminurie.

Dans les appendicites, il y a un ictère par intoxication et un ictère par infection. Dans l'ictère par intoxication la jaunisse est généralement légère, l'analyse des urines décèle habituellement l'absence des pigments biliaires et la présence d'urobiline et de pigment brun. Cet ictère par intoxication apparaît dès les premiers jours ; il est habituellement le seul témoin de l'adultération hépatique, il n'est accompagné ni de douleurs, ni de fièvre, ni de

symptômes bruyants, faute d'attention il pourrait passer presque inaperçu.

Tout autre est l'ictère consécutif à l'infection du foie par le colibacille. D'abord c'est un ictère vrai ; en second lieu il apparaît assez tardivement au décours de l'appendicite ou en pleine convalescence. Il est précédé de symptômes bruyants qui annoncent l'infection hépatique : violents frissons, grands accès de fièvre, douleurs à l'hypochondre, accroissement rapide du volume du foie. Ainsi donc tantôt l'ictère révèle une infection hépatique toujours mortelle quoi qu'on fasse (ictère infectieux), tantôt l'ictère est le témoin d'une intoxication hépatique légère et curable si l'on intervient à temps (ictère toxique). Toutefois l'ictère toxique peut n'être que le premier effet d'une intoxication généralisée des plus redoutables, portant sur le système nerveux et se traduisant par des symptômes à forme cérébrale (ou hydrencéphalique), à forme bulbaire, à forme typhoïde. M. Dieulafoy en rapporte de nombreuses observations qui se sont terminées par la mort et conclut : Le seul moyen de se mettre à l'abri des coups de l'appendicite, c'est de supprimer le foyer toxi-infectieux. Avec un diagnostic bien fait, avec une opération pratiquée en temps voulu, suivant les règles de l'art, on pare à tous les accidents.

III

M. Laborde (*Séance du 29 novembre*) de ses expériences sur le cobaye, conclut que l'*enlèvement complet* du cordon sympathique cervical avec ses trois ganglions supérieur, moyen et inférieur, n'exerce aucune influence appréciable sur l'épilepsie expérimentale confirmée.

IV

M. DE CYON (*Séance du 22 novembre*) relate dans son mémoire l'observation d'un enfant de 12 ans acromégalique, traité par l'hypophysine en dose quotidienne de 0,20 centigrammes. Trois semaines après le début du traitement, les maux de tête avaient disparu, les battements du cœur étaient moins fréquents et réguliers, l'intelligence était réveillée et le malade s'intéressait à ce qui se passait autour de lui, avait une démarche plus alerte et moins lourde et perdait pendant ce laps de temps 6 kilogrammes de son poids. Depuis l'amélioration a continué et ce jeune malade ne pèse plus que 45 kilogrammes au lieu de 54 et le tour de sa taille est tombé de 1 m, 15 à 0,80 centimètres.

D^r HUMEAU.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. UN CAS DE DÉLIRE SALYCILIQUE. — II. CRISES APPENDICITIFORMES; EXTIRPATION D'UN APPENDICE ALTÉRÉ, PERSISTANCE DES SYMPTÔMES, — III. UN CAS DE SCORBUT INFANTILE APRÈS USAGE DE LAIT STÉRILISÉ. — IV. NOTE SUR UN CAS DE GRANULIE ANORMALE DES REINS. — V. GASTRO-ENTÉRITE AIGUE DU NOURRISSON. — VI. DE L'INFECTION PNEUMOCOCCIQUE GÉNÉRALISÉE DANS LA PNEUMONIE. — VII. ACCIDENTS RARES DUS A L'IODURE DE POTASSIUM (OREILLONS SOUS-MAXILLAIRES; DERMATITE HERPÉTIFORME).

I

(*Séance du 4 novembre*). — MM. GALLIARD et BERNARD viennent à l'occasion du procès-verbal rapporter l'obser-

vation d'un cas de *délire salycilique* qu'ils ont dernièrement observé.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, entrée à Saint-Antoine le 27 septembre pour un rhumatisme articulaire aigu ayant débuté huit jours auparavant.

Les douleurs étaient très vives, avec peu de fièvre (38,4) et peu de gonflement articulaire; pas d'albumine dans les urines, 8 grammes de salicylate de soude par doses fractionnées.

Le lendemain, les douleurs ont bien diminué. T. 37,4.

La malade commence à prendre sa potion à midi ; pas d'incident dans l'après-midi et, à la visite du soir, l'état est bon. Vers huit heures du soir, la malade est prise de *bourdonnements d'oreilles*, puis elle commence à s'agiter et *divague toute la nuit* à haute voix, mais sans chercher à sortir du lit.

Le matin (29 septembre), en présence de cet état, le salicylate est supprimé; la malade n'a d'ailleurs absorbé que la moitié de sa potion de la veille. On ordonne 3 grammes d'hydrate de chloral.

Le délire continue pendant la matinée et l'après-midi; mais ce délire, qui était resté calme jusqu'ici, *prend subitement une forme violente* vers trois heures du soir : la malade veut à toute force sortir de son lit, frappe et insulte ceux qui l'en empêchent; elle a des *hallucinations visuelles et auditives*; enfin, elle réussit à sortir de la salle, et on doit, pour la maîtriser, lui mettre la camisole de force. Nous ajoutons que la malade n'a pas pris une seule goutte de sa potion de chloral et que toute tentative pour lui faire accepter cette potion est absolument inutile.

La nuit suivante (29 au 30) le délire continue, violent,

pour se calmer le lendemain matin (30); pendant la journée du 30, la malade est calme, mais reste dans une sorte de stupeur; la nuit du 30 septembre au 1er octobre est tout à fait calme, et, dès le 1er octobre, l'état cérébral est redevenu normal.

En résumé, cette *crise délirante aiguë à forme maniaque* a suivi l'administration du salicylate de soude à la dose de 12 grammes en trente-six heures, chez une malade qui n'était ni alcoolique, ni albuminurique.

Il y a une grande analogie avec la malade de M. Rendu comme forme du délire.

M. Rendu saisit cette occasion pour dire qu'il a depuis la séance précédente cherché la perméabilité du rein chez sa malade par l'injection de bleu de méthylène et que la perméabilité est parfaite. Il fait remarquer que chez sa malade le salicylate a produit une albuminurie intense, ce qui n'a pas été observé dans le cas de M. Galliard.

Dans la séance du 18 *novembre*, M. Manquat communique une observation analogue :

Il s'agit d'un soldat de 22 ans, qui entre à l'hôpital le 29 janvier 1893 pour un rhumatisme subaigu au début.

Les douleurs sont peu intenses au repos, mais très vives par le mouvement, les articulations tuméfiées.

T. 39,2, urines foncées, avec traces d'albumine. Le premier bruit du cœur est sourd.

Le 30, on prescrit 8 grammes de salicylate de soude.

Le 31, la température est tombée à 38°. Dès ce moment le malade présente des allures bizarres caractérisées par une certaine excitation cérébrale; il répond intelligemment à toutes les questions qu'on lui pose, mais en riant

d'une façon exagérée et permanente. Pas de bourdonnements d'oreilles.

Les douleurs articulaires ont totalement disparu; les mouvements sont faciles; suspension du salicylate de soude remplacé par de l'antipyrine.

Le soir, T. 38,4. La nuit le malade est très agité; il entend des voix qui l'appellent et veut se lever; l'infirmier a grand'peine à le maintenir dans son lit.

Le 12 février, le délire nocturne continue; souffle accentué au premier temps à la pointe.

M. Manquat en l'absence des phénomènes nerveux survenant d'ordinaire sous l'influence de l'acide salycilique penche pour du rhumatisme cérébral à forme lente; antipyrine 6 grammes par jour.

La nuit du 1er au 2 fut très agitée et coupée de réveils, de visions d'animaux, particulièrement de serpents que le malade voyait ramper sur son corps (cela bien qu'il n'y eut ni tremblement des mains, ni aucune suspicion d'alcoolisme).

Le 2 au matin, le délire est devenu intense; il y a en outre incontinence d'urine et des matières fécales.

Le 3, le délire persiste, il se rapproche du délire de persécution. Le malade se dit victime de farces, de la part de ses camarades. Il a peur de manquer aux obligations du service et cherche à se lever à chaque instant pour se rendre à des appels de sonneries imaginaires. Légère céphalalgie frontale, surtout à droite. L'incontinence de l'urine et des matières fécales persiste. Pas de photophobie; pas de troubles de l'accommodation. Pupilles égales. L'examen ophthalmoscopique dénote une rétine plutôt pâle, avec les vaisseaux à double contour et un peu d'œdème papillaire et péri-papillaire.

Pendant la nuit du 3 au 4, le délire a présenté les mêmes caractères que la veille ; le 4 au matin, dépression extrême, plus considérable que celle des jours précédents ; l'incontinence de l'urine et des matières persiste. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le 5, le malade paraît sortir d'un long sommeil ; le délire a disparu, l'incontinence de l'urine et des matières aussi.

La guérison survient rapidement.

Bien que M. Manquat n'ait pas cru à un empoisonnement par le salicylate de soude, ce cas l'avait assez impressionné pour lui faire renoncer à cette forte dose de salicylate de soude (8 grammes par jour) qu'il avait très fréquemment employée jusque-là sans accidents. Il paraît encore hésiter à accepter l'empoisonnement et se demande si on ne doit pas admettre la participation de l'élément rhumatismal à un état sûrement provoqué par l'ingestion d'une dose élevée et dans l'espèce abortive du salicylate de soude ; en somme, il paraît admettre une sorte de métastase.

Quelle que soit l'interprétation, le fait existe ; une forte dose de salicylate dans le traitement du rhumatisme articulaire peut provoquer des accidents de manie aiguë, survenant très rapidement, le deuxième ou le troisième jour d'administration du médicament, caractérisée par un délire violent, avec des hallucinations, sans fièvre ; nous devons nous souvenir de ses divers symptômes pour notre pathogénèsie du salicylate de soude.

Nous devons aussi nous élever contre l'emploi de ces doses, qui sont inutiles puisque avec 3 ou 4 grammes par jour on obtient la sédation des douleurs, d'une manière moins brusque, mais aussi sans dangers pour le malade.

II

M. Follet, médecin de l'Hôtel-Dieu, envoie une note, présentée par M. Comby, sur un malade qui, du 6 août au 25 octobre 1897, présenta 5 crises, présentant tous les caractères de celles de l'appendicite à rechute; douleurs vives, localisées principalement au point de Mac Burnay, vomissements, constipation opiniâtre.

Devant les retours fréquents des accidents, on enlève le 11 octobre 1897, pendant une période de calme, un appendice, libre et mobile dans la cavité péritonéale; le succès opératoire fut complet; l'appendice réséqué rigide, offrait deux courbures; légèrement renflé à son extrémité libre, de consistance lardacée, long de 6 centimètres, il présentait en coupe longitudinale un aspect tout différent suivant qu'on envisageait l'une ou l'autre de ses moitiés. La moitié adhérente au cœcum, transformé en un cordon compact de 2 centimètres, était traversée par un pertuis filiforme s'évasant vers la cavité close qui occupait la moitié libre de l'appendice. Cette cavité à parois lisses, épaisses d'environ 3 millimètres, contenait un peu de sérosité rougeâtre.

Le jeune homme se porta bien jusqu'au 12 juin dernier; à ce moment, il fut repris d'une crise identique à celles de l'année précédente et des accidents analogues se reproduisirent le 15 juillet et le 18 août dernier.

III

M. Netter présente à la Société un petit malade d'un an atteint de *scorbut infantile*.

Cet enfant, né le 16 octobre 1897, dans une famille aisée, est nourri par sa mère pendant un mois, depuis

par du lait maternisé, puis par du lait stérilisé à domicile par l'appareil Soxhlet. Il a eu sa première dent à 7 mois, il en avait 8 à un an ; il était fort, vif, bien coloré.

Au milieu du mois de septembre (fin du onzième mois) moins d'appétit, pâleur ; difficulté pour remuer les deux jambes ; qui sont douloureuses au toucher.

Un médecin appelé pense à de l'œdème des jambes ; un autre à du rhumatisme articulaire ; un troisième à une paralysie infantile.

M. Netter voit l'enfant pour la première fois le 3 octobre : les membres inférieurs sont tuméfiés et paraissent œdémateux; ils sont douloureux et paraissent le siège d'un œdème dur; en outre, il y a quelques nodosités au niveau des articulations chondro-costales et il croit à un début de rachitisme.

Le 26 octobre, l'enfant est d'une pâleur terreuse ; la moindre exploration lui arrache des cris ; les membres inférieurs pendent à peu près immobiles ; à la partie antérieure du tibia gauche, à l'union du tiers moyen avec les tiers supérieur et inférieur, il existe deux saillies violettes de la dimension d'une grosse noisette. Ces saillies, évidemment dues à des extravasations sanguines, rappellent absolument celles de l'érythème noueux, mais elles font corps avec l'os, dont elles ne peuvent être séparées. Ce sont des hémorrhagies sous périostiques. Il y a au niveau de la malléole interne droite une petite ecchymose rouge.

Les gencives sont livides et tuméfiées, ne saignent pas et ne présentent encore ni fongosités ni ulcérations ; le palais est d'un rouge vif violacé.

En présence de ses symptômes, M. Netter diagnostique un scorbut infantile.

Trois jours après, il est rappelé précipitamment ; l'enfant a eu des vomissements, de la diarrhée, il refuse toute nourriture, est très faible et a eu une véritable syncope. Il est survenu une nouvelle ecchymose au-dessous de la malléole interne gauche ; les gencives ont saigné à plusieurs reprises et entre les incisives médianes supérieures la muqueuse forme un bourgeon morbide recouvrant le bord interne des dents.

Le scorbut paraît tout à fait évident ; M. Netter conseille du jus d'orange, du jus de viande crue, du lait bouilli pour remplacer le lait stérilisé et un peu de purée de pommes de terre.

En quelques jours, tout s'améliore et au moment où il est présenté à la Société (4 novembre) il a presque repris son état normal.

Il existe un certain nombre d'observations semblables, soit chez des enfants nourris par des panades, du bouillon, des farines lactées, du lait condensé, même avec du lait stérilisé, et en fin de compte, c'est à l'usage du lait stérilisé que M. Netter attribue les accidents, car il ne peut trouver aucune autre cause pour son petit malade.

Il est à remarquer aussi combien la guérison est rapide lorsqu'on donne des aliments anti-scorbutiques.

M. Le Gendre trouve l'observation de M. Netter très intéressante, mais elle ne lui paraît pas démonstrative au point de vue de l'influence pathogénique du lait stérilisé. Les cas de scorbut infantile sont excessivement rares et l'alimentation au lait stérilisé est très répandue. Il est donc étonnant, si ce lait est la cause de la maladie, qu'on ne la rencontre pas plus fréquemment.

Si l'enfant de M. Netter avait guéri de son scorbut par le remplacement du lait stérilisé par du lait bouilli, sans

l'adjonction des aliments antiscorbutiques, on aurait encore pu conclure contre le lait stérilisé.

M. Netter répond qu'il ne s'est pas cru autorisé devant les accidents graves qu'il avait devant les yeux, à ne pas employer immédiatement les antiscorbutiques.

Du reste, il existe un cas rapporté par Jacobus, dans le lequel le scorbut infantile a persisté malgré l'usage du jus d'orange et n'a guéri qu'après substitution du lait cru au lait condensé.

(*Séance 11 du novembre.*) — A la séance suivante, M. Comby rapporte brièvement une observation de scorbut infantile.

Il s'agissait d'un bébé de 13 mois, soigné en ville depuis huit à dix jours pour un rhumatisme articulaire aigu. Il avait pris, sans succès d'ailleurs, une grande quantité de salicylate de soude. Ce qui avait pu induire en erreur, c'est que les membres inférieurs étaient gonflés, douloureux, inertes. Il y avait une pseudo-paraplégie douloureuse. Quant on examinait les membres inférieurs, on voyait au-dessus des genoux un gonflement profond et fusiforme, qui faisait corps avec l'os. Ce gonflement était plus marqué d'un côté. Les articulations étaient libres. L'état général de l'enfant laissait à désirer ; il y avait de la pâleur, de l'anorexie, une grande faiblesse générale. Soupçonnant un cas de scorbut, M. Comby fit ouvrir la bouche et constata autour des incisives un gonflement rouge des gencives avec saignement notable.

L'enfant était nourri au lait maternisé ; on le remplaça par du lait bouilli, on fit prendre quelques cuillères à café de jus d'orange et de purée de pommes de terre.

Huit jours après, l'enfant fut ramené à la consultation dans un état satisfaisant.

Cette maladie très rare en France est très fréquente en Angleterre et surtout aux Etats-Unis où on fait abus de lait condensé, farine lactée et autres préparations analogues.

M. NETTER fait remarquer que, dans son cas, il s'agissait de lait stérilisé, que dans le cas de M. Comby, dans un cas analogue de M. Moizard, il s'agissait de lait maternisé; M. Hutinel a observé une fois cette maladie à la suite du lait stérilisé. Il y a donc bien évidemment là une cause du scorbut.

Dans une enquête américaine sur un grand nombre de cas de scorbut infantile, 38 fois la guérison a eu lieu par l'usage du lait frais sans administration de jus d'orange ou de jus de viande; 20 cas par usage de lait frais en même temps que de jus de viande, et seulement 11 cas de guérison par le jus de viande ou le jus de fruits sans modification du régime alimentaire.

IV

MM. CHAUFFARD et CASTAIGNE lisent une observation de *granulie des reins*, ayant présenté des symptômes anormaux et que nous allons résumer.

Homme de 45 ans, peintre en bâtiments, n'ayant jamais eu d'accidents saturnins apparents, alcoolique, ayant eu depuis l'âge de 25 ans des accidents pulmonaires légers; toux et expectoration les hivers.

Depuis mai 1897, diminution des forces, amaigrissement, premier séjour à l'hôpital où on constate de l'albuminurie; il avait des urines abondantes, mais n'avait jamais eu de sang dans les urines. Le régime lacté l'amé-

liore, il sort de l'hôpital pour y rentrer en avril 1898, étant très fatigué, avec de l'œdème des membres inférieurs. Il est très amaigri, son faciès terreux tient le milieu entre celui des brightiques et celui des cancéreux; il a un dégoût complet pour la viande et vomit constamment. L'examen du suc gastrique montre qu'il est apeptique.

M. Chauffard pense à un cancer de l'estomac, sans pouvoir l'affirmer car il manque la dilatation de l'estomac et l'hyperleucocytose du sang.

Les urines présentent bien les caractères de celles de la néphrite atrophique (urines abondantes, très pâles, d'une densité très inférieure, 1.005, avec trace d'albumine et très faible proportion d'urée), cependant il est difficile d'admettre une néphrite interstitielle en l'absence des signes cardio-vasculaires : le cœur n'est pas hypertrophié, il n'y a pas de bruit de galop, pas d'hypertension artérielle.

L'épreuve du bleu de méthylène montre du retard dans l'élimination, qui est très prolongée.

Du mois d'avril au mois d'octobre, persistance du même état d'insuffisance rénale progressive à forme gastro-intestinale ; le malade meurt d'urémie confirmée.

A l'autopsie, on trouve des lésions tuberculeuses anciennes du côté du poumon (adhérences, tubercules crétacés des sommets, hypertrophie des ganglions du hile avec de la matière caséeuse au centre); et du côté des reins, une hypertrophie considérable; la surface extérieure est lisse, facilement décorticable, et en certains points présente un semis de granulations blanchâtres non saillantes; ce même semis de granulations se retrouve dans toute la partie corticale du parenchyme, la subs-

tance pyramidale étant à peu près complètement saine.

L'examen histologique fait voir que chaque granulation présente la structure typique des tubercules embryonnaires et déjà fibro-caséeux. Pour chaque granulation, on peut distinguer une partie périphérique encore embryonnaire, une partie moyenne fibreuse, au centre déjà vitreux, réfringent et en voie de caséification. Mais nulle part la transformation caséeuse n'est assez avancée pour aboutir au ramollissement et à la perte de substance.

M. Chauffard conclut à une *granulie corticale confluente des reins.*

Il est à remarquer que l'évolution clinique de cette affection n'a pas présenté la marche habituelle et, en particulier, il n'y a jamais eu d'hématurie, bien que l'hémorragie rénale ait toujours été considérée comme un des signes habituels de la granulie des reins.

V

(*Séance du 18 novembre*). — M. Lesage fait une communication sur la *gastro-entérite aiguë du nourrisson*, à propos de l'épidémie de 1898. Cette communication a été analysée dans un autre article de ce numéro (1).

VI

M. Dufloco rapporte une observation d'*infection pneumococcique généralisée* consécutive à une pneumonie et, à ce propos, rappelle que d'après ses recherches on trouverait des pneumocoques dans le sang des malades atteints de pneumonies très graves, et qu'on n'en trouverait pas dans les cas de pneumonies légères ou moyennes.

---

(1) Voir page 404.

Nous allons rapporter cette observation en la résumant, elle rentre dans ce que nous appelerions une diathèse purulonte consécutive à la pneumonie ; ces cas étaient connus depuis longtemps ; ce qui résulte des recherches modernes est la connaissance du microbe qui se rencontre dans les lésions disséminées ; mais comme symptômes et comme lésions, cette observation pourrait rentrer dans la diathèse purulente, comme nous la décrivons depuis de longues années.

Il s'agit d'un homme de 59 ans, très robuste, non alcoolique, de bonne santé antérieure, qui entre le 7 octobre dans le service.

Quinze jours avant son entrée, il reçoit un coup sur le côté gauche de la poitrine ; huit jours après seulement, il est pris de frissons, d'un point de côté et de fièvre ; il reste alité huit jours.

A son entrée, le neuvième jour (7 octobre), toux quinteuse, pénible, sans expectoration, dyspnée, T. 39° ; dans l'aisselle gauche foyer étendu de pneumonie, avec souffle tubaire et râles crépitants ; bronchite généralisée à droite ; urines rares, pas d'albumine ; léger délire nocturne.

Le 9. On constate un second foyer congestif à la base gauche ; le malade a expectoré deux crachats visqueux et grisâtre, contenant du pneumocoque ; ce sont les seuls de toute la maladie.

Les jours suivants, diminution de la température avec état général mauvais.

Le 13. Gonflement de la région de l'épaule gauche ; le lendemain on y remarque deux collections purulentes l'une en avant, l'autre en arrière de l'articulation, communiquant entre elles. Un peu de liquide est prélevé au moyen d'une seringue de Pravaz ; l'examen bactériolo-

gique montre une culture pure de pneumocoques. Arthrotomie, écoulement d'un grand verre de pus crêmeux.

Les jours suivants, amélioration relative, les urines augmentent, l'écoulement du pus diminue.

Les 20, 21, 22 et 23 octobre, nouvelle fièvre ; nouveau foyer congestif dans le poumon gauche.

Le 23. Œdème dur, à la partie interne et supérieure de la cuisse droite ; le membre inférieur est œdématié. Les jours suivants nouvelles poussées congestives dans le poumon gauche. L'état général redevient très mauvais.

Le 1er novembre. Etat très grave ; on aperçoit sur le devant du cou une tuméfaction arrondie du volume d'un œuf de poule, suivant les mouvements du larynx et se prolongeant sur les parois latérales du cou ; incision qui donne un demi-verre de pus ; les préparations montrent une culture pure de pneumocoques.

On prend 4 centimètres cubes de sang dans une veine du pli du coude.

La jambe et la cuisse droites sont dans la demi-flexion l'abduction et la rotation en dehors ; les mouvements communiqués très douloureux ; la pression dans la fosse iliaque l'est également. Son état désespéré empêche toute intervention chirurgicale.

Il meurt le 3 novembre.

L'autopsie montre que le poumon gauche est adhérent dans toute sa hauteur à la cage thoracique ; il se déchire par morceaux, qui tombent immédiatement au fond de l'eau. Le poumon droit est rouge et congestionné.

Les ganglions bronchiques sont suppurés ; la rate est volumineuse et diffluente.

Les méninges sont épaisses et hypérémiées ; l'examen

microscopique décèle la présence du pneumocoque dans la sérosité méningée.

L'articulation de l'épaule gauche est guérie; il ne persiste qu'un petit trajet fistuleux.

Dans la fosse iliaque droite, psoïte suppurée; il s'écoule deux grands verres de pus.

L'abcès qui existait au cou semble avoir pour point de départ l'aile gauche du cartilage thyroïde en partie nécrosé.

En résumé pneumonie grave, suivie d'une arthrite suppurée de l'épaule gauche, d'un abcès péri-laryngien, d'un engorgement des ganglions inguinaux et cruraux, d'une psoïte suppurée et d'une méningite terminale.

Tous ces foyers successifs contiennent des pneumocoques; le sang pris dans la veine en contient aussi.

Ainsi, pneumoccocie généralisée consécutive à une pneumonie grave.

VII

M. Danlos relate deux cas d'*accidents très rares dus à l'iodure de potassium*.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 60 ans, traité depuis longtemps pour du prurigo; légèrement artério-scléreux, non albuminurique, cet homme est en somme en bonne santé.

Le 29 octobre, il se plaint d'engourdissement dans le bras gauche et d'un peu de douleur dans le côté droit de la tête; comme c'est un syphilitique, il lui prescrit de l'iodure : 0 gr. 50 le premier jour; 1 gramme le lendemain. Après la première dose, sensation de gonflement du cou. Le 31 octobre, il avait pris en tout 2 grammes et présentait les symptômes ordinaires d'iodisme, mais très faibles. Par contre, on notait une tuméfaction très considérable

de la région sus-thyroïdienne. Le gonflement, régulièrement symétrique, était limité à cette région ; il n'empiétait pas sur le reste du cou, et les régions parotidiennes étaient tout à fait indemnes. Aucune douleur spontanée, à peine un peu de sensibilité dans les mouvements de la mâchoire et à la pression, pas de changement dans la couleur de la peau. Pas de modification dans la sécrétion salivaire, pas de ptyalisme, pas de rougeur à l'embouchure des canaux de Wharton. Au palper, pas d'œdème, mais une tuméfaction élastique assez résistante, sous laquelle se percevaient facilement les glandes sous-maxillaires tuméfiées et un peu sensibles. On avait, en un mot, sous les yeux, le tableau complet d'oreillons limités aux glandes de Wharton.

L'iodure de potassium est supprimé et en trois jours le gonflement disparaît.

Huit jours après, nouvelle administration d'iodure et reproduction plus faible du gonflement. Une troisième fois, l'iodure reproduisit le gonflement.

M. Danlos a recherché s'il existait des faits semblables ; il les a seulement trouvés indiqués dans l'ouvrage de M. Fournier sur le traitement de la syphilis : on a noté plusieurs fois la tuméfaction des glandes salivaires et principalement des parotides.

Le second malade a fait plusieurs séjours à Saint-Louis pour un ulcère variqueux. Comme c'est un ancien syphilitique, M. Morel-Lavallée, qui remplaçait M. Danlos à ce moment, a administré 3 grammes d'iodure chaque jour.

Au bout d'une dizaine de jours, il se plaignit d'éprouver de violentes démangeaisons et bientôt une éruption polymorphe érythémato-bulleuse se développa. M. Morel-

Lavallée fit immédiatement cesser l'iodure, mais l'éruption n'en continua pas moins, de nouvelles poussées apparurent, et le 3 octobre, douze jours environ après la suspension du traitement, le malade se trouvait dans l'état suivant : santé générale très bonne, démangeaisons excessivement vives, empêchant le sommeil et déterminant des excoriations de grattage. En outre, éruption bulleuse, discrète sur la face dorsale des mains, des pieds, la figure et les oreilles. Sur le tronc et les bras, placards érythémateux de configuration variable; nombreuses plaques d'urticaire aussi bien sur les points érythémateux qu'en dehors d'eux. Urines presque normales ne contenant plus d'iodure mais quelques traces d'albumine qui, paraît-il, n'existaient pas à l'entrée. La situation resta sans grande modification, s'atténuant toutefois un peu jusque vers le 20 octobre. Les démangeaisons continuaient et, presque tous les jours, se reproduisaient quelques bulles avec des placards érythémateux ou urticariens. Sous l'influence d'un traitement arsenical, cette dermatite disparut.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

L'IODE DANS LA PNEUMONIE.

Presque tous les auteurs homœopathes qui ont employé Iodium le recommandent surtout à la première période de la maladie, quand on se trouve en présence d'un cas à début brusque et violent. Le D[r] Liard le recommande plutôt à la deuxième et à la troisième période de la pneumonie : le retard dans la résolution et le manque de réaction vitale indiquent formellement Iodium.

A la deuxième période, il est rarement indiqué avant le commencement ou le milieu de la deuxième semaine. Le cas qui, jusqu'alors, avait progressé normalement, s'arrête dans sa marche et les remèdes ordinaires échouent. On remarque de l'intolérance pour la chaleur, et du soulagement quand on donne de l'air au malade, la toux est sèche ou grasse, la température n'est pas très élevée, mais le poumon reste hépatisé et ne montre aucune tendance à arriver à la résolution ; le malade s'amaigrit et perd ses forces. C'est alors que Iodium à la dose de quelques gouttes de teinture dans une potion produit un effet merveilleux.

A la troisième période, Iodium a encore plus de valeur. Alors, il y a menace de suppuration, la fièvre prend un caractère hectique avec des variations soudaines et excessives de température, et des sueurs abondantes. Plus il y a menaces de suppuration ou plus la maladie a

l'air de vouloir dégénérer en phtisie, plus Iodium est indiqué. (*The Hahnemannian Monthly.*)

CRATŒGUS DANS L'ANGINE DE POITRINE.

Le Dr Duncan de Chicago rapporte l'observation d'un cas d'angine de poitrine qui fut grandement soulagé par Cratœgus; il s'agissait d'une typographe qui vint se plaindre à lui d'une douleur dans le côté qui, lorsqu'elle en souffrait, lui semblait devoir la faire mourir. Elle ne l'avait pas continuellement, mais seulement par moments, et surtout à la fin de la semaine quand elle était fatiguée. Belladonna et Bryonia ne produisirent aucun soulagement. Un samedi elle vint avec une attaque excessivement grave; elle localisait sa douleur au-dessus et à gauche de l'estomac, le pouls était fort et violent, il y avait de l'hypertrophie cardiaque et un point très sensible le long de la colonne vertébrale et à gauche. Cette nouvelle attaque s'était produite après avoir porté son frère qui était très lourd. Quand l'accès la prenait, la malade était toute ahurie. La prescription fut Cratœgus T M une dose toutes les heures jusqu'à disparition de la douleur. La malade revient au bout d'une semaine et dit qu'elle avait été soulagée dès la première dose. Le Dr Duncan dit qu'il faudra tenir grand compte pour prescrire ce médicament de la sensation d'ahurissement que tous les expérimentateurs ont notée (*in the Calcutta journal of Medicine*).

DE LA TOUX

Le Journal of the British homœopathic Society, d'octobre, contient trois intéressantes notices sur la toux intitulées : La toux des maladies de poitrine par

le Dr Mocnish, les toux réflexes par le Dr Johnstone et les toux de la gorge et les toux nerveuses par le Dr Lambert.

La toux des maladies de poitrine. — Le Dr Mocnish dit que dans les maladies de poitrine, il faut considérer deux sortes de toux : la toux primaire et la toux secondaire. La toux primaire fait disparaître les sécrétions des conduits aériens et facilite leur absorption, c'est une toux qui est donc utile et qu'il ne faut pas chercher à faire disparaître. Mais il reste souvent, après elle, une toux due à l'irritation que produisent les sécrétions et c'est cette toux secondaire qu'il faut soigner.

Pour cette toux, il conseille, outre Bryonia et Phosphorus bien connus de tout le monde, les médicaments suivants :

Kali bichrom. 3 X qui se montre utile dans les cas de bronchite atrophique et de bronchectasie.

Lycopodium 1 X dans la dyspnée de la pneumonie, surtout quand elle s'accompagne de distension de l'estomac.

Nitri acidum 3 X dans les affections chroniques des poumons, surtout quand les sécrétions ont une mauvaise odeur, et que le malade manque de réaction.

Laurocerasus 3 X dans la tuberculose quand la toux n'est ni mieux ni pire, et qu'il faut employer un altérant.

Arsenicum iod. 3 X dans les toux consécutives à une pneumonie et dans les toux gastriques des jeunes filles anémiques.

Antimonium tart. 3 X au début de la broncho-pneumonie, surtout quand ce sont les petites ramifications bronchiques qui sont atteintes. Quand les grosses bronches sont prises et qu'il y a des gros râles, Ipécacuanha 1 X se montre plus utile.

Acalypha indica 3 X a une grande valeur dans l'hémoptysie d'origine tuberculeuse et surtout quand elle s'accompagne d'un fort accès de toux.

Manganum 200 a fait disparaître une toux qui était améliorée étant couché sur le dos.

Les toux réflexes. — Le Dr Johnstone classe les toux réflexes sous plusieurs chapitres et en donne le traitement comme suit :

Ambra grisea, a le caractère particulier que les excitations augmentent l'écoulement menstruel et la toux.

Apis, toux fatigante avec peu ou point d'expectoration, engourdissement de la cuisse et du côté droit du corps, sensibilité de l'ovaire droit.

Senecio, convient aux femmes nerveuses et irritables, qui ont de l'insomnie par suite de troubles utérins.

Toux réflexes de la peau. — Lachesis, toux avec impossibilité de rien supporter autour du cou.

Rhus. Coryza et rougeur de la gorge, avec toux sèche aggravée quand le corps n'est pas couvert.

Toux de la gorge et toux nerveuses. — Le Dr Lambert commence par dire qu'il est fort difficile de faire une distinction entre les toux de la gorge et les toux nerveuses. Il recommande pour ses sortes de toux : Rumex crispus, qui a comme caractéristique une sensibilité si grande de la muqueuse de la trachée, que l'air froid, une irrégularité dans la respiration ou une simple pression sur la trachée excite la toux.

Phosphorus, Causticum, qui ressemblent beaucoup à Rumex, mais ils n'ont pas une aussi grande sensibilité que Rumex et Phosphorus a de l'aggravation à la chaleur du lit et du soulagement en buvant de l'eau froide.

Lachesis ressemble aussi à Rumex avec la sensibilité qu'il a autour du cou, mais avec Lachesis cette sensibilité siège surtout à la peau.

Hyosciamus et Conium, qui ont de l'aggravation la nuit étant couché sur le dos.

Belladonne, toux due à un refroidissement ou s'accompagnant de phtisie.

Sticta, qui a été recommandée, mais dont les expérimentations, auraient besoin d'être refaites.

Ferrum phosphoricum, toux produite par un court chatouillement douloureux dans la trachée.

Toux auriculaires. Le traitement consiste à faire disparaitre de l'oreille le cérumen ou le corps étranger dont la présence cause les accès de toux.

Toux cardiaque. — La clinique a prouvé dans ce cas le bon effet de l'acide cyanhydrique ou de ses dérivés.

Toux stomacale. — Parmi les nombreux remèdes qui peuvent être indiqués alors, il cite :

Kali bichrom. qui a comme caractérisque que la toux semble partir de l'épigastre.

Natrum mur, qui a une forme de toux semblant déterminée par un chatouillement au creux de l'estomac.

Nux vomica, toux après le repas avec sensibilité à l'épigastre.

Phosphorus, toux stomacale ou hépatique débutant après le repas et produite par un chatouillement au creux de l'estomac.

Il y a trois remèdes qui ont une toux suivie d'éructation ce sont : Ambra grisea, Acid. sulphuricum et Veratum album.

Zincum, a une toux aggravée après avoir mangé des sucreries.

Bismuthum, toux pire quand l'estomac est vide.

Toux hépatique. — Natrum mur., a en même temps que sa toux des piqûres dans la région hépatique.

Toux vésicale et urinaire.— Causticum, Scilla et Natrum mur., ont, parmi leurs symptômes, de la toux avec émission involontaires des urines.

Senecio produit de la toux avec douleur au col de la vessie, avec dysurie et brûlures en urinant.

Zincum, a comme caractère particulier que, pendant la toux, les enfants surtout portent la main à leurs organes génitaux.

Toux utérine et ovarique. — Aitoca, toux sèche, fatigante, la nuit avec expectoration faible ou nulle et symptômes d'irritation spinale.

QUELQUES REMÈDES POUR L'ÉPILEPSIE
(d'après Richez Horner.)

Verbena hastata. — Epilepsie développée pendant le cours de la coqueluche, quelques gouttes de la teinture toutes les quatre heures amènent une grande amélioration.

Ignatia. — Accès épileptiformes avec convulsions et syncope, chez les jeunes filles immédiatement après chaque période mensuelle. Ce médicament pris pendant des mois à la 6e fait souvent disparaître complètement les attaques.

Rana-bufo. — Agit bien surtout quand la maladie semble s'être développée chez des enfants à la suite d'habitudes masturbation.

Cuprum metallicum. — A employer dans les cas chro-

nique et de longue durée ; c'est un médicament qui agit profondément sur le système nerveux.

Kali muriaticum. — C'est un médicament qui agit lentement mais qui a donné de sérieux résultats.

Argentum nitricum. — Indiqué lorsqu'on constate des impulsions à remuer et à agir, qui ne laissent pas le malade une minute en repos, ou bien au contraire quand le malade reste dans une immobilité qui fait songer à de l'imbécilité ou quand il y a des erreurs de perception par rapport au temps et à la vitesse, par exemple quand le malade s'imagine être dans un endroit depuis quelques heures lorsqu'il n'y a que depuis un quart d'heure, ou qu'il croit marcher très rapidement, quand il marche très tranquillement.

Nitri acidum. — Réussit souvent, donné à haute puissance lorsque, les attaques se montrent surtout au début des règles.

Ferrum hydrocyanicum. — Réussit quelquefois à enrayer les accès surtout chez les jeunes enfants.

Solanum carolinense. — C'est un remède populaire dans l'Amérique du Sud pour prévenir les accès d'épilepsie, on l'emploie sous forme de teinture quelques gouttes, deux ou trois fois par jour (*Medical Century*)

D^r G. NIMIER.

REVUE DES JOURNAUX

GUÉRISON D'UN LUPUS ÉRYTHÉMATEUX PAR LES RAYONS DE ROENTGEN.

Dans le séance du 11 novembre M. Schiff a présenté à la Société império-royale des médecins de Vienne un malade atteint d un lupus érythémateux qui s'étendait primitivement à toute la face et qui fut traité pendant deux mois par les rayons X qu'on faisait agir sur le côté gauche seulement. A l'heure actuelle, au niveau de cette moitié de la face, la lésion a disparu complètement en ne laissant subsister après elle qu'une légère pigmentation qui, d'ailleurs, s'atténue de plus en plus. Du côté opposé, non soumis à l'influence des radiations, l'affection est restée stationnaire.

L'orateur dit avoir aussi utilisé avec succès les rayons de Rœntgen dans le traitement du lupus vulgaire.

M. Kaposi fait observer combien il est étrange de voir les rayons X exercer une influence également favorable sur deux affections aussi différentes l'une de l'autre au point de vue histologique que le sont le lupus vulgaire et le lupus érythémateux. (*Semaine médicale*, 16 novembre).

Il y a là une application évidente de la loi de similitude, les rayons Rœntgen produisant des troubles du côté de la peau, très analogues à ceux que nous relevons dans le lupus.

LES INJECTIONS INTRALARYNGIENNES D'ÉMULSION D'ORTHOFORME CONTRE LA DYSPHAGIE DES TUBERCULEUX.

Pour combattre les douleurs que les mouvements de déglutition provoquent chez les sujets atteints de laryngite tuberculeuse, M. le D[r] C. Kassel (de Posen) a recours avec avantage aux applications intra-laryngiennes d'une émulsion contenant 25 gr. d'orthoforme pour 100 gr. d'huile d'olive. D'après notre confrère, ce moyen serait préférable aux insufflations de poudre d'orthoforme, qui ont l'inconvénient de susciter des accès violents de toux empêchant le médicament d'exercer toute son action analgésique.

M. Kassel injecte l'émulsion huileuse directement dans le larynx au moyen d'une seringue *ad hoc*. Le malade n'éprouve à la suite de cette injection qu'une cuisson de très courte durée et qui fait bientôt place à une sensation de corps étranger dans la gorge. A partie de ce moment, la déglutition n'est plus douloureuse, et cette anesthésie locale se maintient longtemps, souvent même pendant plus de vingt-quatre heures. Sur les lésions elles-mêmes l'émulsion d'orthoforme reste sans effet ; toutefois, son emploi a pour résultat de diminuer sensiblement la sécrétion au niveau des parties ulcérées. (*La Semaine médicale*, 19 octobre).

TRAITEMENT DE L'ASTHME PAR L'ATROPINE

M. von Noorden a donné des soins à une jeune fille de 18 ans qui, depuis l'âge de 6 ans, était sujette à des accès d'asthme ; les accès revenaient à des intervalles de une à trois semaines. A l'examen des organes thoraciques, on

ne constatait rien d'anormal, en dehors des signes d'un emphysème pulmonaire. Pendant les accès, l'expectoration revêtait les caractères bien connus.

La malade avait été soumise à toutes sortes de traitements, et notamment elle avait fait des cures prolongées par l'iodure de potassium ; on lui avait pratiqué des cautérisation de la muqueuse nasale avec le galvanocautère, tout cela sans résultat. D'autre part elle présentait une disposition très accentuée à l'urticaire ; les poussées tantôt alternaient, tantôt coïncidaient avec des accès d'asthme.

M. von Noorden, s'inspirant de la pratique du professeur Gerhardt, prescrivit à la malade un traitement par l'atropine, pendant plus d'un mois. La dose quotidienne d'atropine fut portée à 3 milligrammes. Pendant les deux années qui ont suivi, les accès d'asthme ne se sont pas reproduits ; la malade a eu des poussées d'urticaire.

Depuis lors M. von Noorden a eu recours au traitement systématique par l'atropine, dans une série de cas d'asthme bronchique. Il n'a vu la médication échouer que chez un jeune garçon, et dans des cas invétérés, chez des vieillards qui, dans l'intervalle des accès, avaient du catarrhe bronchique avec emphysème (en tout 5 cas). Chez 9 autres sujets, indemnes de complications secondaires, le résultat s'est traduit ou par des améliorations très franches, ou par la suppression des attaques pendant de longs mois.

M. von Noorden insiste sur ce qu'il existe une différence capitale entre le mode d'action de l'atropine et celui de la morphine, du chloral, de la stramoine, du papier nitré, et autre remèdes analogues, qui n'ont d'influence que sur les attaques d'asthme, tandis que l'atropine en a sur l'asthme lui-même, à l'instar de ce qui a lieu pour l'iodure de potassium. Voici, d'autre, part comment il conseille de prescrire le traitement par l'atropine :

Commencer par une dose quotidienne de un demi-milligramme (à l'intérieur) ; tous les deux ou trois jours élever la dose de un demi-milligramme, sans dépasser la dose maxima de 4 milligrammes par vingt-quatre heures. Au bout de quelque temps, on abaisse progressivement cette dose maxima. La durée d'une cure est ordinairement de 4 à 6 semaines. Il y a avantage à recommencer, à des intervalles de six mois, de nouvelles cures, mais plus courtes et à doses moins élevées. Il est surprenant de voir comment des doses aussi fortes que 4 milligrammes *pro die* sont bien supportées. Tout au plus les malades se plaignent-ils d'un peu de sécheresse de la gorge et de légers troubles de l'accommodation ; la fréquence du pouls reste normale. N'empêche que pendant la durée des cures, les malades doivent faire, de la part du médecin, l'objet d'une surveillance assidue.

En terminant l'auteur a signalé l'influence salutaire que le traitement diététique et le traitement psychique exercent souvent sur l'asthme. A titre d'exemple il a cité le cas d'une jeune fille de 18 ans, sujette à des accès d'asthme très graves et très rapprochés, en raison de quoi l'état général était fortement compromis. La jeune malade n'avait pu s'alimenter pendant plusieurs jours, elle vomissait tout ce qu'elle ingérait. Son poids corporel était tombé à 39 kilogrammes. Aussitôt après qu'on l'eut soumis à une cure par l'atropine, les accès d'asthme cessèrent. Pendant cinq semaines, on institua ensuite une cure d'engraissement ; le poids corporel augmenta de 10 kilogr. 1/2. Cet exemple montre, de plus, qu'on accuserait en vain le traitement par l'atropine d'exercer une influence fâcheuse sur la nutrition et l'état des forces. (*Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, novembre).

Cette action de l'atropine est purement homœpathique. Si on reporte à la pathogénésie de la belladone (1) on trouve parmi les symptômes produits par ce médicament. La dyspnée produit par la belladone est celle de l'asthme : respiration difficile, anxieuse, avec expiration saccadée, bruyante et prolongée : toux sèche, quinteuse, nocturne.

Du reste le traitement de l'asthme par la belladone est indiqué par Bretonneau et Trousseau qui auraient obtenu de la belladone le soulagement des accès et la guérison de la maladie.

La découverte du médecin allemand est donc un peu tardive.

VARIÉTÉS

L'ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN

11e liste de souscription.

(*Souscriptions reçues au secrétariat du Comité.*)

	Dollars.	
Dr W. P. Wesselhœft, de Boston.	100	»
Dr H. E. Spalding, de Boston.	5	»
Dr L. Dennis, de Newark (New-Jersey).	5	»
Summit Co. Clinical Society, à Akron (Chio) . .	5	»

---

(1) *Eléments de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive.* T. 1er, p. 312, J.-B. Baillière.

Dr J. W. Hayward, à Taunton (Mass.)	1	»
Miss Himmelwright, à Philadelphie.	1	»
En francs.	606	95

(Souscriptions envoyées par M. le Dr B. James, de Philadelphie.)

	Livres.	Shellings.
Dr Compton Burnet, de Londres. . . .	1	1
Dr Cooper, de Londres.	1	1
Dr Bradshaw, de Londres.	1	1
En francs.	80	»

(Souscriptions envoyées par M. le Dr Clarke, de Londres).

	Francs.	
Dr Bernard Arnulphy, de Nice.	20	»
M. Kirn, directeur de la pharmacie homœopathique centrale, à Paris.	30	»
M. William Palyart, à Paris.	20	»
Mme veuve Delafontaine, à Paris.	5	»
Dr Kippax, de Chicago.	100	»
Anonyme, à Paris.	10	»
M. Delarue, pharmacien au Havre.	20	»

(*Souscriptions annoncées dans les journaux homœopathiques*)

(3e liste belge, parue dans le Journal belge d'homœopathie, octobre 1898.)

Dr Louis Cammaert, Uccle.	10	»
Dr Victor Wullaert, Courtrai.	10	»
M. Émile Seutin fils (en souvenir de son père, le pharmacien Émile Seutin).	100	»
Dr Martiny, Bruxelles.	100	»
M. Baar, pharmacien, Bruxelles.	10	»

M. Anciaux, pharmacien, Bruxelles.	10	»
M. Van Aremberg, pharmacien, Bruxelles. . .	10	»
MM. Goret, de Forciau, pharmaciens, Bruxelles.	10	»
M. Dwelshauwers, pharmacien, Gand.	10	»
M. A. Piron-Delin, pharmacien, Bruxelles . .	10	»
	1.171	95
Listes précédentes. . . .	10.654	35
Total. . . .	11.826	30

CONGRÈS INTERNATIONAL HOMŒOPATHIQUE DE 1900.

A M. le Directeur-gérant de l'*Art Médical.*

Très honoré confrère,

Conformément à la décision prise au Congrès de Londres en 1896, le prochain Congrès quinquennal d'homœopathie sera avancé d'un an et se réunira à Paris pendant l'Exposition universelle de 1900. La date sera déterminée ultérieurement et sera probablement comprise entre le 20 juillet au plus tôt et le 15 août au plus tard.

Faisant droit à une requête présentée par la Société française d'homœopathie, la commission supérieure d'admission des Congrès a admis le nôtre au nombre des Congrès officiels de l'Exposition. En conséquence une commission d'organisation, composée de huit membres, a été aussitôt élue par la Société française d'homœopathie.

Nous avons l'honneur de vous en informer et nous vous prions instamment de vouloir bien nous aider à assurer

des travaux pour nos discussions et des assistants pour nos séances. A cet effet, vous serez bien aimable de prendre les mesures que vous jugerez les plus propres à intéresser vos lecteurs ainsi que les homœopathes de votre pays au Congrès projeté.

Tous les renseignements concernant cette assemblée seront publiés en temps utile dans les journaux homœopathiques français.

Agréez, très honoré confrère, l'expression de nos sentiments confraternels.

D[rs] P. JOUSSET, *Président.*
RICHARD HUGHES, *Secrétaire permanent.*
LÉON SIMON, *Secrétaire.*
VICTOR CHANCEREL, GONNARD, MARC JOUSSET, LOVE, TESSIER.

Tous les travaux devront être parvenus le 1[er] janvier 1900, au plus tard, à l'un des secrétaires :

D[r] Richard Hughes, 36, Sillwood road, Brighton (Angleterre).

Léon Simon, 24, place Vendôme, Paris.

RÈGLEMENT DU CONGRÈS INTERNATIONAL HOMŒOPATHIQUE DE 1900.

Article premier. — Le 6[e] Congrès quinquennal d'homœopathie se réunira à Paris, dans une salle d'un des palais de l'Exposition universelle, à une époque et pour une durée qui seront déterminées ultérieurement.

Art. 2. — A l'ouverture de la première séance on procédera à la formation du bureau, dont les membres seront élus au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages. Il se composera d'un président, de deux vice-

présidents, d'un secrétaire permanent, d'un secrétaire général, de deux secrétaires adjoints et d'un trésorier.

Le secrétaire permanent n'est pas soumis à l'élection.

L'assemblée pourra nommer présidents d'honneur ceux des membres étrangers ou autres auxquels elle voudra rendre hommage.

Art. 3. — Le Congrès est ouvert à toutes les personnes légalement autorisées à pratiquer la médecine dans leur pays.

Les personnes non pourvues de titre légal seront admises à titre d'auditeurs ; elles auront le droit d'assister aux séances, mais ne pourront pas prendre part aux discussions ni aux délibérations.

Art. 4. — Le comité d'organisation se mettra en relations avec les médecins étrangers à l'effet d'obtenir :

a) Un rapport spécial à chaque pays, relatant les faits intéressant l'homœopathie qui ont pu survenir dans leur pays depuis la publication du dernier rapport quinquennal.

b) Des travaux sur les diverses branches de la théorie et de la pratique homœopathique, travaux à discuter en séance et qui seront insérés au compte rendu.

Art. 5. — Tous les travaux doivent être entre les mains du comité d'organisation à la date du 1er janvier 1900.

Art. 6. — Les travaux approuvés par le comité d'organisation seront imprimés d'avance et distribués aux membres du Congrès qui en feront la demande, au lieu d'être lus en séance.

Art. 7. — Pour la discussion, les travaux seront répartis entre les groupes suivants, d'après les sujets traités :

1° Médecine générale : Physiologie, Pathologie générale, Bactériologie, Etiologie, Diagnostic et Pronostic.

2° Matière médicale et Pharmacie.

3° Thérapeutique générale : Posologie, Polypharmacie, Isopathie, Sérothérapie, Opothérapie, Electrothérapie, Hygiène.

4° Thérapeutique appliquée : Monographies et observations.

5° Spécialités : Obstétrique et Gynécologie, Pédiatrie, Dermatologie, Ophtalmologie, Otologie, Laryngologie, Chirurgie, Odontologie, Médecine vétérinaire.

6° Divers : Histoire de l'homœopathie, Intérêts professionnels (enseignement, propagation, presse, hôpitaux, dispensaires).

Art. 8. — Plusieurs membres du Congrès seront désignés préalablement pour prendre connaissanc edes travaux concernant un des groupes précités et devront préparer un rapport sur leur ensemble. Dix minutes seront consacrées à la lecture de chaque rapport. On procédera à la discussion aussitôt après ; chaque orateur aura la parole pendant cinq minutes.

Art. 9. — Le président aura le droit, après avoir consulté le bureau, de prononcer la clôture s'il voit qu'une question donne lieu à des débats d'une longueur telle qu'elle menace d'exclure de la discussion d'autres sujets importants.

Art. 10. — Les auteurs des travaux, s'ils sont présents, auront le droit de dire le dernier mot avant la clôture du débat ; il leur sera accordé pour cela dix minutes.

Art. 11. — La langue française est la langue officielle du Congrès ; exceptionnellement, dans les discussions, on pourra s'exprimer en langue étrangère, à la

condition de s'assurer préalablement un interprète parmi les membres présents.

Art. 12. — Dans sa dernière séance, le Congrès décidera le siège et la date du prochain Congrès quinquennal.

Art. 13. — Les membres adhérents devront verser une cotisation de 20 francs; celle des auditeurs désignés à l'article 2 du présent règlement est fixée à 10 francs. Ce versement, destiné à couvrir les frais de correspondance, impression des mémoires présentés, etc., donnera droit, pour chaque catégorie de souscripteurs, à un exemplaire du compte rendu détaillé des travaux du Congrès.

Art. 14. — Les médecins homœopathes français convient leurs confrères étrangers à un banquet dont le lieu et la date seront fixés en temps utile. La dépense en sera couverte par une souscription ouverte entre les adhérents français de l'homœopathie.

BIBLIOGRAPHIE

ANNUAIRE DE L'HOMŒOPATHIE A PARIS.

M. le Dr G. Encausse vient de publier ce petit annuaire très intéressant pour tous ceux qui s'occupent de l'homœopathie. Il contient quelques notions d'homœopathie pratiques; les indications de nos hôpitaux et à ce sujet je signalerai à mon confrère la maison Marguerite, 42 *bis* Boulevard de la Saussaye, à Neuilly, hôpital gratuit pour enfants atteints de maladies aigues et dont le service médical a été confié à notre confrère le Dr Cl. Petit; les adresses des dispensaires; la liste des médecins et des pharmaciens de Paris; enfin toute espèce de renseignements pratiques.

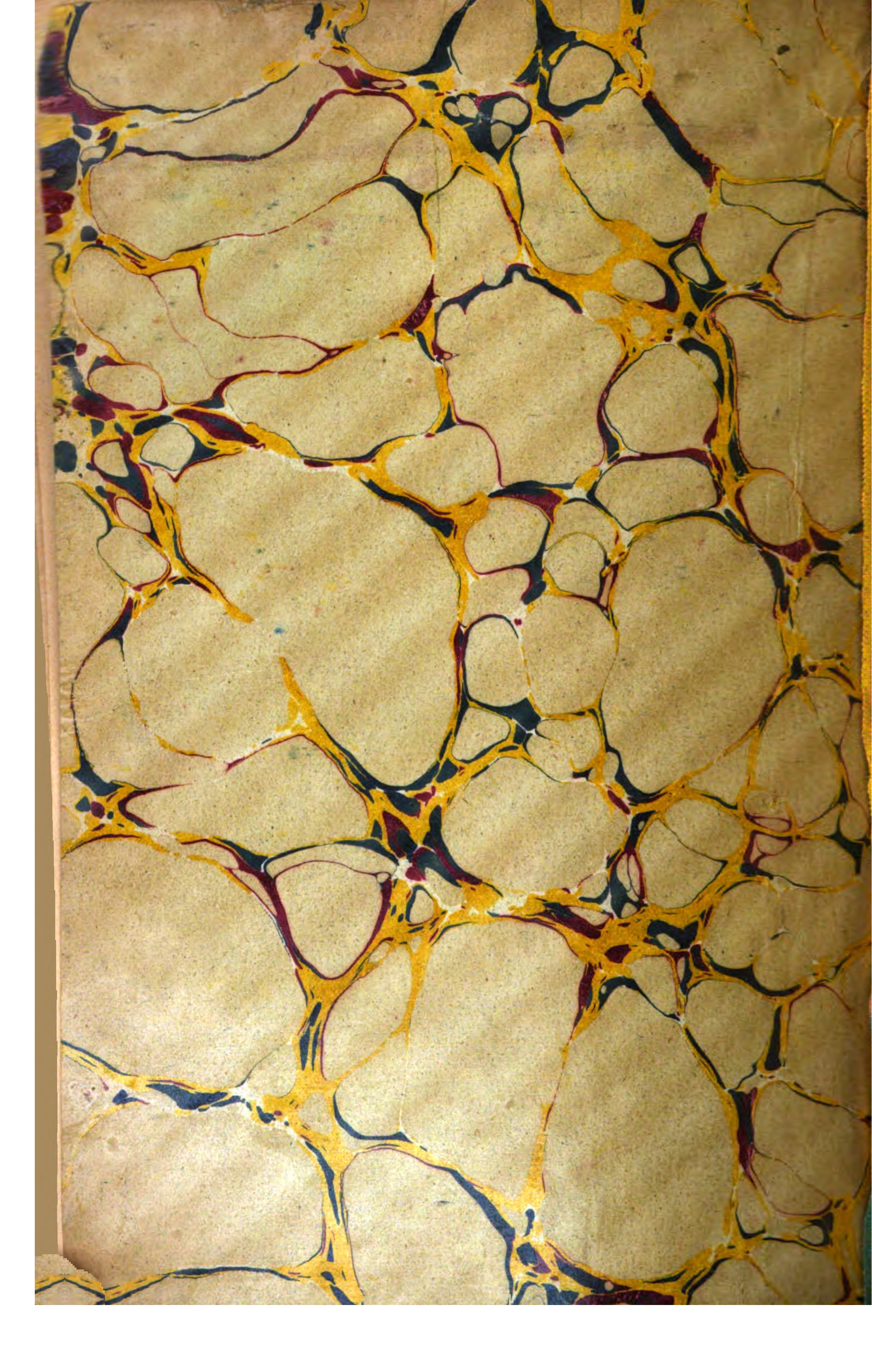
M. J.

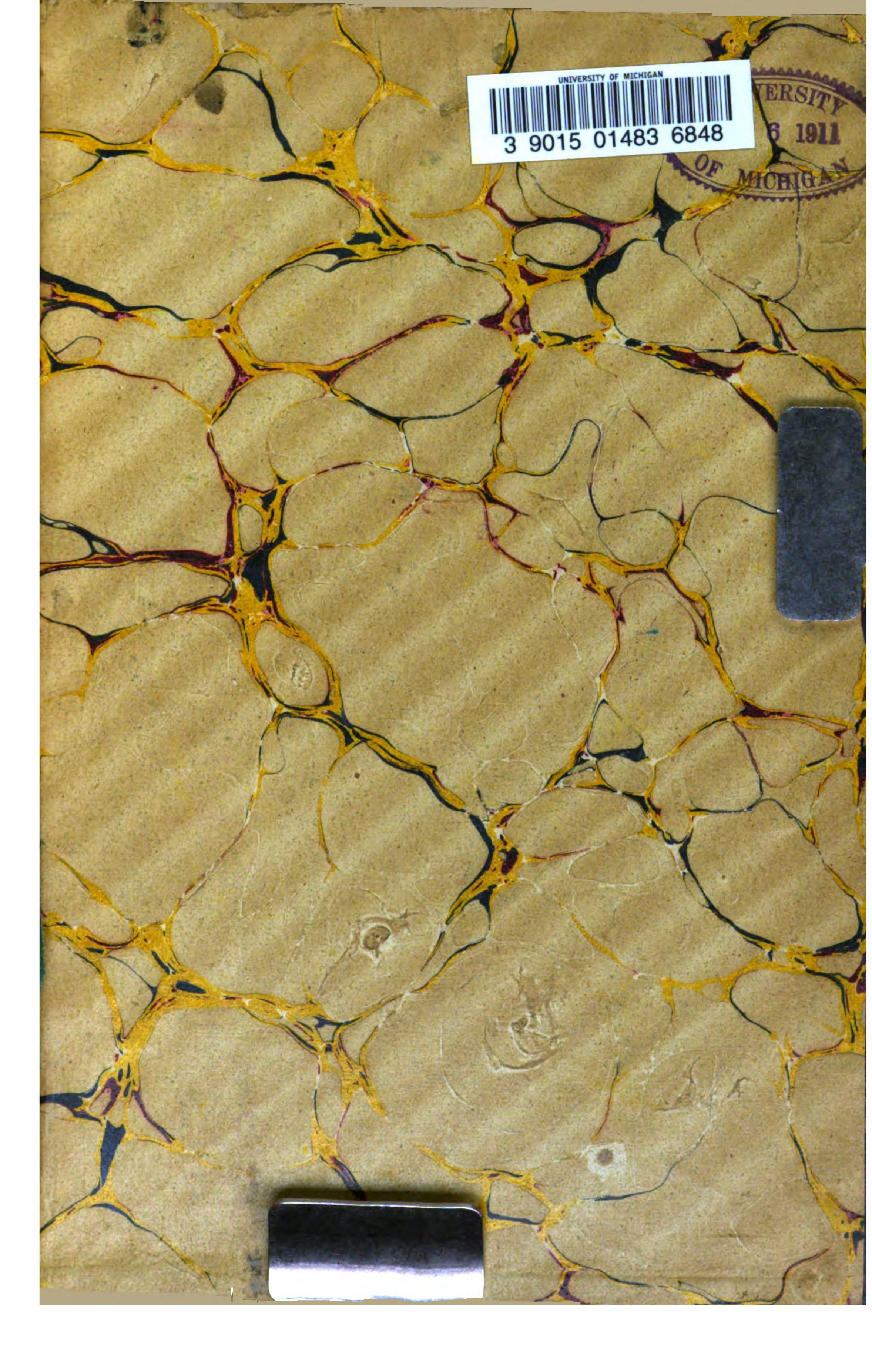
TABLE DES MATIÈRES

Le Directeur-Gérant : P. Jousset

P. Jousset

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 01483 6848
VERSITY
6 1911
OF MICHIGAN